

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Situación de los derechos humanos de las mujeres



Ciudad de México, 2016

DIRECTORIO CDHDF

PRESIDENTA

Perla Gómez Gallardo

CONSEJO

María Isabel Belausteguigoitia Rius

José Alfonso Bouzas Ortiz

José Antonio Caballero Juárez

José Luis Caballero Ochoa

Lawrence Salomé Flores Ayvar

Mónica González Contró

Nancy Pérez García

Nashieli Ramírez Hernández

VISITADURÍAS GENERALES

Primera Gabriel Santiago López

Segunda Montserrat Matilde Rizo Rodríguez

Tercera Yolanda Ramírez Hernández

Cuarta Antonio Rueda Cabrera

Quinta Horacio Toledo Martínez

CONTRALORÍA INTERNA

Hugo Manlio Huerta Díaz de León

SECRETARÍA EJECUTIVA

Erika Alejandra Solís Pérez

DIRECCIONES GENERALES

Jurídica

Mayra Alinares Hernández

Quejas y Orientación

José Antonio Garibay de la Cruz

Administración

Hilda Marina Concha Viloría

Comunicación por los Derechos Humanos

Guillermo Gómez Gómez

DIRECCIONES EJECUTIVAS

Asuntos Legislativos y Evaluación

Christian Ibeth Huerta Dávila

Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos

Francisco Javier Conde González

Educación por los Derechos Humanos

Ana Karina Ascencio Aguirre

Seguimiento

María del Rocío Ojeda Luna

Vinculación Estratégica

Ivette Adriana Rosales Morales

SECRETARÍA PARTICULAR DE LA PRESIDENCIA

Zaira Wendoly Ortiz Cordero

COORDINACIONES

Tecnologías de Información y Comunicación

Rogelio Alvarado Vilchis

Vinculación con la Sociedad Civil

y de Políticas Públicas

Clara Isabel González Barba

Servicio Profesional en Derechos Humanos

Ana Laura Rodríguez Colunga*

* Encargada del despacho

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Situación de los derechos humanos de las mujeres



Ciudad de México, 2016

DIRECCIÓN: Francisco Javier Conde González, Domitille Delaplace y Erika Alejandra Solís Pérez.

INTEGRACIÓN DEL DOCUMENTO: Osiris Edith Marín Carrera.

INSUMOS ESTADÍSTICOS: Dirección de Estadística y Evaluación.

EQUIPO DE APOYO EN INVESTIGACIÓN: Fernando David Ramírez Oropeza, Óscar Borja Santana, Adriana Monserrat Barrón Salinas, Lilia Mónica Rebollo López, Jorge Cordero Pérez y Brandon Roberto Ramírez Wacuz.

EDITORAS RESPONSABLES: Karina Rosalía Flores Hernández y Karen Trejo Flores.

CUIDADO DE LA EDICIÓN: Karen Trejo Flores y Verónica López Rodríguez.

DISEÑO DE PORTADA: Gladys Ivette López Rojas.

DISEÑO Y FORMACIÓN: Enrique Agustín Alanís Guzmán, Ana Lilia González Chávez y Gladys Ivette López Rojas.

CORRECCIÓN DE ESTILO: Karina Rosalía Flores Hernández y Verónica López Rodríguez.

REVISIÓN DE PLANAS: Karen Trejo Flores, Karina Rosalía Flores Hernández y Verónica López Rodríguez.

FOTOGRAFÍAS: Carlos Eduardo Munguía Vaquera, Fernando Francisco Cárdenas Oropeza, Sonia Blanquel Díaz, Alejandro Cuevas Romo, Ernesto Gómez Ruíz y Antonio Vázquez Hernández.

Primera edición, 2016

D. R. © 2016, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Av. Universidad 1449, col. Pueblo Axotla,

del. Álvaro Obregón, 01030 México, D. F.

www.cd hdf.org.mx

ISBN: 978-607-8470-05-1

El contenido de esta obra no refleja necesariamente las ideas de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal en esta edición, sino que es responsabilidad de sus autoras y autores.

Ejemplar de distribución gratuita, prohibida su venta.

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

Índice

Presentación	6
Agradecimientos	9
Introducción	10
Planteamiento del problema	11
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
Metodología	13
Estructura	14
Capítulo 1. Embarazo en adolescentes, tendencias e implicaciones	17
Tendencia general en el mundo, en México y en el Distrito Federal	17
Incidencia del embarazo en adolescentes	17
Pautas sobre sexualidad y anticoncepción	19
Causas, implicaciones y riesgos del embarazo en adolescentes	20
Causas	20
Implicaciones	23
Riesgos	24
Capítulo 2. Derechos y obligaciones frente al embarazo en adolescentes	27
Principios orientadores y obligaciones reforzadas hacia las y los adolescentes	27
Las y los adolescentes, sujetos de obligaciones reforzadas	28

Principio de interés superior de las niñas, los niños y las y los adolescentes	30
Principio de autonomía progresiva	31
Principio de desarrollo integral, igualdad, no discriminación, participación y opinión.	32
Derechos y obligaciones vinculadas al embarazo en adolescentes y los derechos sexuales y reproductivos	32
Embarazo en adolescentes: una mirada desde los derechos sexuales y reproductivos	33
El inicio de vida sexual y los derechos sexuales y reproductivos.	34
Las y los adolescentes y los derechos sexuales	35
Las y los adolescentes y los derechos reproductivos	35
Derecho a una vida libre de violencia.	36
Derecho a la igualdad y a la no discriminación.	37
Obligaciones del Estado en materia de derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.	38
Obligación de respetar.	38
Obligación de proteger	41
Obligación de garantizar	44
Obligación de promover	49

Capítulo 3. Marco normativo e institucional en materia de embarazo

en adolescentes en el Distrito Federal: una revisión a partir de los derechos

sexuales y reproductivos	53
Marco legal vigente	53
Principios generales y derechos de niñas, niños y adolescentes en la legislación mexicana	54
Legislación sobre derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente	56
Servicios de consejería y acceso a métodos anticonceptivos	58
Educación sexual.	59
Salud materna	59
Planificación familiar.	60
Interrupción legal del embarazo	62
Legislación sobre el derecho a una vida libre de violencia	64
Legislación sobre el derecho a la igualdad y a la no discriminación.	66
Igualdad y no discriminación	66
Igualdad sustantiva en el ámbito educativo	67
Instituciones involucradas y medidas implementadas en el Distrito Federal.	68
Programas generales	68
Programas en el Distrito Federal	68

Programas a nivel nacional	74
Programas y acciones por dependencia en el Distrito Federal	75
Secretaría de Salud del Distrito Federal	75
Instituto de las Mujeres del Distrito Federal	85
Instituto de la Juventud del Distrito Federal	86
Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal	89
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal	90
Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal	93
Casos investigados y recomendaciones emitidas por la CDHDF.	95
Casos de violaciones a derechos de mujeres adolescentes documentados por la CDHDF.	95
Puntos recomendatorios emitidos por la CDHDF	100
Consideraciones finales	103
Referencias	109
Bibliografía	129

Presentación

En su afán por alcanzar una sociedad más justa, equitativa e inclusiva para todas las personas que habitan y transitan en el Distrito Federal, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) se esfuerza continuamente por lograr que las mujeres vivan libres de prejuicios y violencia, en plenitud de sus derechos. Para ello, entre otras cosas, es necesario sentar las bases y realizar los cambios estructurales correspondientes para que la igualdad pueda manifestarse, lo que implica también poner atención en las necesidades de la gente más joven, es decir, en las niñas, los niños y las y los adolescentes, de forma que las nuevas generaciones crezcan en un entorno que les permita desarrollarse plenamente como personas.

En ese contexto, este organismo público autónomo ha decidido que en esta ocasión el informe anual sobre la situación de los derechos de las mujeres en el Distrito Federal se dedique a un problema concreto por el que atraviesan muchas adolescentes: el embarazo en esta etapa de la vida.

Abordar el embarazo en adolescentes desde la perspectiva de derechos humanos no es una tarea sencilla, debido a que no tiene una única causa o efecto. Por el contrario, el embarazo en adolescentes es en cierto sentido una manifestación más de la situación de vulnerabilidad en que se coloca a las mujeres adolescentes, precisamente por su sexo y por su edad, entre otras.

Conforme a lo anterior, la investigación que se presenta ha tenido un enfoque holístico e integrador, que busca no sólo describir propiamente el embarazo, sino dar a conocer las causas que lo originaron, lo permitieron y le dieron contexto, de manera que con esa información se puedan proponer medidas de actuación. Así, se hace énfasis en las circunstancias que atañen a las adolescentes del Distrito Federal, para lo cual se tomaron en consideración y se analizaron las particularidades que caracterizan a esta ciudad, respecto del asunto en comento.

En primer lugar se realizó un análisis de los datos disponibles en torno al tema, de forma que se pudiera contar con un panorama general tanto de la magnitud de la problemática, como de la información que hasta la fecha se ha generado.

Uno de los principales obstáculos que se encontraron fue la falta de reconocimiento social de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, motivado principalmente por los prejuicios que se tienen alrededor del ejercicio de la sexualidad por parte de las mujeres y de las adolescentes. En ese sentido, la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México, publicada en noviembre de 2015, reconoce tales derechos y supone un importante avance en la materia, el cual debe evidenciarse en todas las instituciones del Distrito Federal y en la sociedad en general.

Esta investigación toma como eje los derechos sexuales y reproductivos, y analiza a profundidad su contenido y alcances, con el fin de referir expresamente los componentes que los conforman.

Ahora bien, en virtud de que las adolescentes tienen derechos sexuales y reproductivos, las distintas instituciones que componen el Estado (en este caso, el Distrito Federal) están obligadas constitucionalmente a respetar, proteger, garantizar y promover esos derechos, conforme a su marco de actuación. Siendo así, se hizo una identificación exhaustiva de los estándares nacionales e internacionales de protección, de forma que se conocieran las obligaciones a cargo del Estado para la prevención y atención del embarazo en adolescentes, a manera de contar con un catálogo de éstas que sirva para evidenciar el estándar de actuación que deben observar las autoridades.

Asimismo, se analizaron diversas leyes y otros instrumentos normativos aplicables al Distrito Federal, con el fin de conocer en cuáles de ellos se encontraban disposiciones que incidieran en el tema, ello con base en las obligaciones que corresponden a las autoridades desde el enfoque de los derechos humanos.

De igual forma, se hizo un mapeo institucional del Distrito Federal y se analizaron las principales políticas y programas públicos relacionados con la situación en estudio, para lo cual se contó con la colaboración de 10 instituciones a nivel local, las cuales proporcionaron a esta Comisión información detallada y valiosa sobre diversos aspectos de la problemática, mucha de la cual fue recabada específicamente para este informe.

A su vez, en este informe se incorpora un análisis de las violaciones a los derechos humanos de las adolescentes embarazadas que han sido documentadas en las recomendaciones emitidas por la CDHDF en la materia, así como en los puntos recomendatorios, y su grado de cumplimiento por parte de las autoridades del Distrito Federal.

Finalmente, con base en los resultados de esta investigación, se hace a las autoridades una serie de propuestas encaminadas a que reenfoquen y ajusten las acciones implementadas hasta el momento, y a que emprendan nuevas medidas protectoras.

Este esfuerzo se realiza con la finalidad de que tanto las instituciones como la sociedad –incluyendo a las propias adolescentes– reflexionen sobre la relevancia que reviste la protección de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, así como de las diferentes maneras en que pueden y deben actuar en su beneficio. Es necesario que las adolescentes se desarrollen en un entorno seguro, libre de prejuicios, que las motive y ayude a alcanzar todo su potencial, como las personas plenas de derechos que son. Por lo tanto, este informe pretende ser una herramienta que permita avanzar hacia el reconocimiento, la garantía, la protección y la promoción de los derechos de la población adolescente en el Distrito Federal.

Dra. Perla Gómez Gallardo
Presidenta de la CDHDF

Agradecimientos

La presente obra *Embarazo en adolescentes y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de México. Situación de los derechos humanos de las mujeres*, es el resultado de un trabajo de investigación a cargo del Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos (CIADH) de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF). El equipo responsable de la elaboración del Informe quiere agradecer a las áreas de la CDHDF que proporcionaron valiosos insumos y comentarios, en particular, a la Tercera Visitaduría General, la Dirección Ejecutiva de Seguimiento, la Coordinación de Vinculación con la Sociedad Civil y de Políticas Públicas, la Secretaría Ejecutiva, la Dirección Ejecutiva de Asuntos Legislativos y Evaluación, y la Dirección General de Comunicación por los Derechos Humanos.

La investigación presenta un mapa de las medidas implementadas por el Gobierno del Distrito Federal en atención a las mujeres adolescentes embarazadas en la Ciudad de México y sus derechos sexuales y reproductivos. Su elaboración fue posible gracias a la información que proporcionaron la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el Instituto de la Juventud del Distrito Federal, la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, el Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal, el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, la Consejería Jurídica y de Servicios Legales a través de su Dirección General del Registro Civil del Distrito Federal, así como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Agradecemos la colaboración de estas instituciones y de su personal.

Introducción

De manera recurrente, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) aborda la problemática del embarazo en adolescentes y las dificultades que este grupo de población enfrenta para ejercer sus derechos, en particular los sexuales y reproductivos. En las quejas, las recomendaciones y los boletines de prensa de la Comisión, se ha dejado registro de las situaciones que guardan sus derechos y se ha identificado un conjunto de retos y obstáculos para que los puedan ejercer plenamente.

Desde su creación la CDHDF ha emitido ocho recomendaciones relacionadas con violaciones graves a los derechos humanos de mujeres embarazadas, cuatro de ellas involucran casos de adolescentes embarazadas por mortalidad o morbilidad materna, en los cuales las adolescentes o los productos de la gestación fallecieron o tuvieron secuelas.¹ En particular, la Recomendación 3/2015 incluye tres expedientes de casos de adolescentes embarazadas en los que se evidenció la violación de un conjunto de derechos por la falta de atención oportuna y adecuada durante el embarazo, parto y puerperio.

En virtud de esto, y con estricto apego al artículo 57 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, que mandata a este organismo para describir la situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal, se presenta este Informe con la finalidad de profundizar en el tema del embarazo en adolescentes, de identificar los avances y los retos en materia de legislación y política pública, así como los estándares internacionales que protegen los derechos de las mujeres adolescentes embarazadas, con especial énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos.

Planteamiento del problema

En la adolescencia, con la llegada de la pubertad, aumenta la producción de hormonas sexuales que generan rápidas transformaciones tanto del cuerpo como de los aspectos psicológicos y sociales de las personas.² En esta etapa de la vida las necesidades sexuales comienzan a cobrar una gran relevancia y es común que se inicie la vida sexual. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo), en 2014 la mitad de las mujeres del Distrito Federal tuvo su primera relación sexual siendo adolescente.³

El ejercicio de la sexualidad entre las y los adolescentes es una realidad que no puede ser negada o invisibilizada y debe estar enmarcada con un enfoque de derechos -en especial de los derechos sexuales y reproductivos-, que les permita comprender y disfrutar su sexualidad, protegerse de riesgos, tomar decisiones informadas, cuidar su salud y bienestar en general, y ejercer sus derechos. Sin embargo, culturalmente la vida sexual se encuentra concebida como una actividad propia de personas adultas, lo que propicia que las y los adolescentes se enfrenten a “obstáculos significativos para tener acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, a productos y servicios”, así como a sufrir de discriminación en razón de su edad y debido a las normas sociales que los intentan excluir por considerar que es “un tema tabú” y negativo que debe reprimirse.⁴

También se cree que las y los adolescentes “no tienen la capacidad para asumir la responsabilidad de su sexualidad, sin embargo, esta afirmación está más asociada al estigma social y a la falta de información que a la realidad”.⁵ A esto se suma la desigualdad de género que, para el caso de las adolescentes, se evidencia al tener más controladas y restringidas sus salidas de casa y su participación en el espacio público, así como al establecerse la inocencia como una virtud –y desconocer sobre sexualidad– para poder ser valoradas por los varones, entre otras cosas.

Así, la población adolescente se enfrenta a la falta de acceso a información, orientación y educación sexual oportuna, a dificultades para acceder a métodos anticonceptivos adecuados a su edad, y a no poder ejercer su sexualidad de manera consciente y protegida. Lo anterior puede “representar una amenaza para la vida porque la actividad sexual desprotegida conduce fácilmente no sólo a embarazos no [planeados], sino también al contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida”.⁶

Por su parte, en el ámbito internacional hasta finales del siglo XIX se consideraba a las niñas, los niños y las y los adolescentes como seres absolutamente vulnerables y dependientes, que le pertenecían a la familia; este paradigma proteccionista tutelar les negaba la posibilidad de contar con autonomía personal y les excluía de la titularidad de derechos.⁷ Con la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada en 1989, se impulsó una nueva concepción basada en un enfoque de protección integral que reconoce a este grupo de población como sujetos activos de pleno derecho.⁸

En este proceso de reconocimiento de derechos, la niñez y la adolescencia son contempladas como un solo grupo, su distinción es más reciente por lo que aún falta claridad en su definición ya que la población adolescente e infantil comparte muchas cualidades y, a la vez, cuenta con características particulares de su etapa evolutiva; a esto se suma que la adolescencia es un periodo difícil de describir,⁹ que varía de manera significativa en cada cultura y momento histórico, que está influido por el contexto familiar, escolar y social en el que la persona se desarrolla, así como por la

heterogeneidad social y la desigualdad de oportunidades, todo lo cual genera “una enorme variedad de situaciones juveniles, de modelos e imágenes acerca de lo que es ser joven”.¹⁰

A pesar de esta indefinición, la distinción entre adolescencia y niñez está plenamente justificada al ser la primera “un periodo de transición que le preparará para la vida adulta y que le hace capaz de tener una mayor autonomía en la toma de decisiones”, lo que debe reflejarse en el reconocimiento, por ejemplo, de una mayor autonomía a partir del inicio de la pubertad.¹¹ Asimismo, no se debe perder de vista que las personas de este grupo poblacional y social en sí mismas son agentes activas y participantes en la construcción de conocimiento y experiencia diaria que se apropia, reinterpreta y contribuye a “la reproducción cultural y al cambio”,¹² por lo cual deben ser reconocidas como tales.

Las madres, los padres y/o tutores, la sociedad y el Estado están obligados a respetar su adecuado desarrollo físico e intelectual en un marco de libertad y de derechos; así, “la niñez [y la adolescencia] no puede suponer un criterio para un trato diverso al de los adultos cuando hablamos en clave de derechos, justificando la vulneración de la dignidad de los mismos”.¹³

Si bien las estadísticas poblacionales suelen considerar como *adolescente* a las personas que tienen desde 12 y hasta 19 años de edad, y en algunas otras ocasiones rangos que van de los 15 a los 24 años,¹⁴ en este informe se considerará como *población adolescente* a las del rango de edad que va de los 12 a los 17 años, como lo contempla la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.¹⁵

En México, a partir de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 y de su programa de acción, se tomaron diversas medidas para respetar y promover las decisiones que toman las personas y las parejas en la sociedad, entre ellas se inició la revisión y modificación de normas oficiales, se impulsaron programas y políticas públicas de planificación familiar y se buscó transversalizar la perspectiva de género.¹⁶ Sin embargo, como se ha señalado, la falta de reconocimiento de los derechos de las y los adolescentes, en especial de sus derechos sexuales y reproductivos “los enfrenta a serios obstáculos para tener relaciones sexuales sin exponerse a un embarazo no [planeado], un aborto en condiciones de riesgo o alguna enfermedad de transmisión sexual” y les coloca en condiciones de desventaja, por ejemplo, al tener un menor acceso a los servicios de salud sexual.¹⁷

Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014,¹⁸ en México ocurren 77 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años de edad, por su parte, en el Distrito Federal esta tasa fue de 51.9 nacimientos por cada 1 000. Conforme al Programa General de Desarrollo del Distrito Federal “el embarazo y la maternidad adolescentes siguen siendo un problema que reclama atención”¹⁹ y contempla acciones en materia de prevención y atención para lograr el ejercicio pleno y universal de los derechos sexuales y reproductivos.

Lo anterior da cuenta de la necesidad de profundizar en el tema del embarazo en adolescentes desde una perspectiva de derechos y de género, teniendo como ejes transversales de análisis a los derechos sexuales y reproductivos, bajo los cuales se debe enmarcar cualquier medida de prevención y atención que sea implementada en el Distrito Federal. Es pertinente precisar que al analizar los derechos sexuales, en diversas ocasiones se hace referencia tanto a mujeres como a hombres, ya que para prevenir el embarazo en esta etapa de la vida hay que proteger los derechos de ambos sexos, tal como lo veremos más adelante.

Cabe aclarar que en este informe se habla de *embarazo en adolescentes* como un concepto genérico que lleva implícito el embarazo, el parto y el puerperio como un todo, es decir, como un proceso integral compuesto por estas tres etapas. Asimismo, debido a que en este informe principalmente se busca visibilizar los obstáculos y la discriminación adicional que enfrentan las adolescentes, no profundiza en el tema de salud materna, materia que fue ampliamente analizada en el *Informe mujeres 2013. Salud materna y violencia obstétrica* de esta Comisión.

Objetivo general

Generar conocimiento especializado, actualizado y confiable respecto de la situación que guardan los derechos humanos de las adolescentes embarazadas en el Distrito Federal, en particular sobre los grados de avance del cumplimiento de las obligaciones que tiene el Estado en la materia.

Objetivos específicos

- Identificar los estándares nacionales e internacionales de protección de los derechos de las adolescentes, en particular vinculados al embarazo y los derechos sexuales y reproductivos, para delimitar el contenido y alcance de las obligaciones de las autoridades en esta materia.
- Revisar y analizar el marco jurídico local, así como las políticas públicas relacionadas con los embarazos en adolescentes y los derechos sexuales y reproductivos en el Distrito Federal, con el fin de valorar su apego a la perspectiva de derechos humanos, de género, de juventud e interés superior de la adolescencia y su armonización con los estándares internacionales.
- Identificar los principales obstáculos y retos que enfrentan las adolescentes en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos en el Distrito Federal, en particular vinculados al embarazo, e identificar avances y/o retrocesos en el cumplimiento de las obligaciones de las autoridades capitalinas.
- Vislumbrar posibles acciones a emprender que permitan revertir las malas prácticas y omisiones por parte de servidoras y servidores públicos, y garantizar el ejercicio de los derechos humanos de las adolescentes.

Metodología

La presente investigación analiza el embarazo en adolescentes desde la perspectiva de los derechos humanos, es decir, desde un enfoque que coloca al centro a las personas; encaminada a garantizar que el respeto, la protección, la promoción y el ejercicio de los derechos humanos sean la base de la reflexión y las medidas de políticas públicas a implementarse en la materia. A partir del contenido de los derechos sexuales y reproductivos y de las obligaciones del Estado que se desprenden de ellos,

se construye un análisis de la situación de los derechos de la población adolescente, incluyendo una revisión de la normatividad, los programas y las medidas implementadas.

La investigación se inspira en la propuesta metodológica de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, que propone un análisis en tres niveles y categorías de indicadores.²⁰ En primer lugar se revisan los indicadores estructurales a partir de compromisos adquiridos por los Estados al firmar y adherirse al sistema internacional de derechos humanos.²¹ En un segundo plano se detectan los indicadores de proceso que buscan evaluar los esfuerzos puestos en marcha por las autoridades, a través de los programas y las medidas específicas adoptadas para transformar sus compromisos en materia de derechos humanos y lograr los resultados asociados a la realización de un determinado derecho.²² Finalmente, los indicadores de resultados evalúan el grado de cumplimiento individual y colectivo de los derechos humanos en determinado contexto.²³

A través de la revisión de información estadística oficial, de las solicitudes de información a diversas autoridades del Distrito Federal, así como de las recomendaciones sobre violaciones a derechos humanos documentadas por la CDHDF, se aportan elementos de diagnóstico para describir la situación que guardan los derechos de la población adolescente, en particular sus derechos sexuales y reproductivos, y evaluar el impacto de los esfuerzos del Estado realizados en este ámbito.

Tomando en consideración las anteriores pautas metodológicas, y para el cumplimiento de los objetivos arriba señalados se siguió el siguiente protocolo:

1. Revisión de la literatura existente sobre derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, en particular aquella referida al embarazo en esta etapa.
2. Identificación de los estándares incluidos en los instrumentos internacionales y regionales de protección de los derechos humanos, incluyendo textos de tratados, informes y sentencias de tribunales u otros organismos internacionales regionales y del sistema universal.
3. Identificación y análisis del marco normativo vigente en el Distrito Federal que regula el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes embarazadas.
4. Solicitud de información pública y análisis de los programas y de las medidas implementadas por las autoridades del Distrito Federal en la materia.
5. Análisis de las recomendaciones emitidas por la CDHDF en torno a esta temática.
6. Revisión de los boletines de prensa emitidos por la CDHDF en la materia.
7. Revisión de una carpeta de prensa sobre el tema (2015).
8. Análisis de la información y redacción de la investigación.

Estructura

La presente obra se integra por tres apartados, un primer capítulo en el que se revisa, de manera general, el embarazo en adolescentes, los principales datos y cifras que dan cuenta de esta situación en el mundo, en México y en el Distrito Federal; asimismo, se presentan las principales causas vinculadas al embarazo en adolescentes, los riesgos a los que se enfrenta esta población, así como diversas implicaciones que este proceso tiene en sus vidas.

En un segundo capítulo, se desarrolla el contenido de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente y se identifican los estándares internacionales que los protegen; además se precisan las obligaciones reforzadas que tiene el Estado hacia las adolescentes, como lo es el interés superior de la adolescente y el principio de autonomía progresiva.

En el tercer apartado se revisan los avances en materia legislativa y de política pública, haciendo uso de la información oficial aportada por la autoridad, así como de los insumos que genera la CDHDF en el ejercicio de sus atribuciones para identificar patrones de violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente embarazada.

En las consideraciones finales se presentan los principales hallazgos y retos encontrados a lo largo de la investigación, así como algunas propuestas para orientar el quehacer gubernamental hacia el cabal cumplimiento de las obligaciones del Estado en la materia.



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
Dr. Nicolás M. Cedillo Soriano



Capítulo 1

Embarazo en adolescentes, tendencias e implicaciones

En este primer capítulo se contextualiza la situación del embarazo en personas adolescentes en el mundo, en el país y particularmente en el Distrito Federal; se presentan indicadores estadísticos de referencia, así como algunas de las causas, implicaciones y riesgos a los que se enfrenta este sector de la población al embarazarse. Lo anterior tiene la finalidad de identificar las principales tendencias y los elementos de diagnóstico a partir de los que se debe organizar y planear la respuesta del Estado en materia de legislación y política pública.

Tendencia general en el mundo, en México y en el Distrito Federal

Incidencia del embarazo en adolescentes

De acuerdo con el informe *Estado mundial de la población 2014* del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), de una población mundial de 7 300 millones de personas, aproximadamente 1 800 millones tienen entre 10 y 24 años de edad; su rápido crecimiento –principalmente en naciones en situación de pobreza– es un tema que ocupa las agendas estatales y se constituye en un motivo para crear las condiciones necesarias con el fin de garantizarles una vida digna. Dentro de este grupo de población se calcula que hay 600 millones de mujeres adolescentes.²⁴

Para el caso de México la población total en 2010 ascendía a poco más de 112 millones de personas, de la cual 11.7% (13 215 080) se integraba por adolescentes de entre 12 y 17 años de edad, siendo mujeres 49.5% (6 547 041). En ese mismo año, de las 8 851 080 personas que conformaban la población total del Distrito Federal, 9.2% (821 159) correspondía a la población adolescente y, al igual que en el ámbito nacional, 49.5% eran mujeres de este rango de edad (406 831).²⁵

Con respecto a la situación reproductiva de este grupo poblacional, datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNFPA señalan que al año aproximadamente 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad dan a luz en el mundo, lo que representa 11% de todos los nacimientos; y de éstos, 95% se concentra en países en desarrollo.²⁶

Las altas tasas de embarazo en adolescentes que se presentan en América Latina y el Caribe, ubicaron a la región en 2010 en el tercer lugar a nivel mundial con 72 nacimientos de madres adolescentes por cada 1 000.²⁷ Para el caso de México, si bien es posible identificar una disminución de 47% en las tasas de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años de edad, entre 1974 y 2009 (de 131 a 69.5 hijos por cada 1 000 mujeres),²⁸ esta tasa no ha descendido a la par de la de otros grupos de población; por ejemplo, el grupo de 35 a 39 años redujeron su tasa en 77% y las de 40 a 49 años en 88%.²⁹ Así, estos datos llevan a posicionar a México en el primer lugar en tasa de natalidad en adolescentes en comparación con los demás países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), organización de la que forma parte.³⁰

Los datos más recientes de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 señalan que mientras en México ocurrieron 77 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años, en el Distrito Federal esta tasa fue de 51.9.³¹ Asimismo, durante 2014 esta entidad registró un total de 155 702 nacimientos, de los cuales 671 (0.04%) se dieron en el grupo de edad de 10 a 14 años y 24 874 (15.9%) en adolescentes de entre 15 y 19 años.³²

Otro dato relevante identificado por la organización de la sociedad civil Espolea³³ es que para 2012 del total de las adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales en México, más de la mitad (51.9%) ha estado alguna vez embarazada.³⁴ Por su parte, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)³⁵ señala que de cada 10 adolescentes de entre 15 y 19 años, dos han estado embarazadas más de una vez y se estima que 17.4% de los nacimientos totales corresponden a mujeres menores de 20 años de edad, de los cuales entre 60 y 80% de ellos son embarazos no planeados.³⁶

Algunos estudios han señalado que la pobreza y el bajo nivel de escolaridad son dos de los principales factores que potencializan el embarazo en adolescentes; la asistencia a la escuela y la inclusión laboral de las adolescentes favorecen significativamente su reducción. Al respecto, datos de 2009 muestran que las adolescentes sin escolaridad presentaron una tasa más alta de fecundidad (180 nacimientos por 1 000 mujeres), en comparación con las que tienen una escolaridad de secundaria o más, (60 nacimientos por 1 000).³⁷ En la mayoría de los casos un mayor grado de escolaridad permite a la adolescente contar con información acerca de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que le ayuda a tomar mejores decisiones en torno a su vida sexual y reproductiva.

Otra de las situaciones que viven las adolescentes embarazadas es la enorme brecha de edad entre ellas y los padres de las niñas o los niños. Datos de GIRE alertan que 60% de los casos de embarazo en adolescentes, el padre es 20 o más años mayor que la madre,³⁸ lo que puede estar relacionado con prácticas de abuso y violencia sexual, temática que se abordará más adelante.

Pautas sobre sexualidad y anticoncepción

En 2014, tanto a nivel nacional como en el Distrito Federal, la edad promedio de las mujeres al momento de su primera relación fue a los 17.7 años. Aunque se identificó que en el Distrito Federal las adolescentes son quienes más usan algún método anticonceptivo en su primera relación sexual –con un porcentaje de 64.6%– también se detectó que de todas las mujeres en edad fértil sexualmente activas, 68.2% hace menor uso de métodos anticonceptivos, mientras que en los demás grupos de edad la prevalencia anticonceptiva oscila desde 73.6 hasta 86.8 por ciento.³⁹

El dato anterior puede estar estrechamente relacionado con que las mujeres de este rango de edad también son las que presentan mayor necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, con 12.4%, en el mismo sentido presentan el mayor porcentaje de embarazo no planeado con 73.9% para 2014.⁴⁰

En relación con el no uso de métodos anticonceptivos, el siguiente cuadro muestra las principales razones expresadas por las adolescentes para no haber utilizado algún método en su primera relación sexual, en el cual se destacan dos temas directamente relacionados con el acceso a información en materia de sexualidad (el desconocimiento de métodos, como el no creer que podían embarazarse) que, como veremos en el segundo capítulo, es un derecho que tienen las adolescentes y que el Gobierno del Distrito Federal está obligado a garantizar. Otro punto a destacarse del siguiente cuadro es el deseo expreso de quedar embarazada, señalado como la segunda razón para no utilizar métodos anticonceptivos, aspecto que se puede analizar por lo menos desde dos aristas; la primera de ellas relacionada con el modelo cultural que coloca a la maternidad como el factor determinante de identidad de la mujer y que influye de manera importante –y el cual se analiza en el segundo apartado de este capítulo–; y la segunda de ellas al margen de las escasas oportunidades de desarrollo que encuentran las adolescentes, donde la maternidad les otorga cierto estatus dentro del mundo adulto.

Razones por el no uso de métodos anticonceptivos en primera relación sexual, 2014

Razones por las cuales no usaron un método anticonceptivo en la primera relación	Porcentaje nacional	Porcentaje local
Desconoce acerca de métodos anticonceptivos	28.6	43.1
Quería quedar embarazada	28.0	34.1
No creyó que podía quedar embarazada	17.8	11.2
No planeaba tener relaciones sexuales	22.9	9.9

Fuente: Elaborado por el Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos (CIADH) con base en información obtenida de INEGI/Conapo, *Principales resultados de la ENADID 2014. Salud sexual y reproductiva. Distrito Federal, México*, INEGI/Conapo, 2014.

De acuerdo con los datos expuestos en el informe sobre salud materna y violencia obstétrica, realizado en 2013 por la CDHDF,⁴¹ hay una demanda insatisfecha de información acerca de los métodos anticonceptivos; al respecto, la Secretaría de Salud indica que las mujeres de entre 15 y 19 años de

edad no sólo no tienen información acerca de métodos anticonceptivos sino que también tienen un acceso restringido a éstos.⁴² En general dichos factores contribuyen a los altos índices de embarazo en la adolescencia. En este sentido, es de suma importancia llevar a cabo acciones que eliminen los obstáculos y las brechas de desigualdad en torno al acceso a métodos anticonceptivos como a la información acerca de éstos.

Los embarazos no planeados evidencian múltiples aspectos desfavorables de las condiciones de vida de las mujeres, en particular de las adolescentes, como son los bajos niveles de acceso a información y a métodos anticonceptivos, la falta de autonomía y desigualdad en las relaciones de género, entre otras.⁴³

Causas, implicaciones y riesgos del embarazo en adolescentes

El embarazo en la adolescencia es un tema complejo que debe ser analizado desde diversas aristas para que se puedan generar las medidas necesarias que contribuyan a su prevención y las acciones dirigidas a brindar la atención que requieren las adolescentes al estar embarazadas. Por lo tanto, en este apartado se identifican los principales factores sociales que coadyuvan a la presencia y el aumento del embarazo en la adolescencia y se presentan algunos de los aspectos en la vida de las adolescentes que pueden ser transformados al quedar embarazadas; para cerrar, se mencionan diversos riesgos a los que se pueden enfrentar las adolescentes al momento de embarazarse. Todos estos son aspectos sobre los que es imprescindible trabajar para avanzar en el respeto y garantía de los derechos de esta población, en particular de los derechos sexuales y reproductivos.

Causas

De la diversidad de factores sociales y culturales que influyen o coadyuvan para que los casos de embarazo en adolescentes se presenten o aumenten, a continuación se exponen algunos de los principales:

Falta de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes. De manera general, en México aún no se acepta plena y abiertamente la sexualidad adolescente y se les niega el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, lo cual obstaculiza su acceso a la información y asesoría necesaria que les permita prepararse para ejercer la sexualidad de forma placentera y responsable. En particular, a las adolescentes se les reprime en mayor medida que a los hombres, no se les guía ni enseñan de manera oportuna y acorde a su edad las formas de prevenir las posibles consecuencias adversas de su ejercicio, como lo es el embarazo durante la adolescencia. Esta escasa aceptación también obstaculiza que las adolescentes accedan a una educación sexual adecuada y a métodos de prevención del embarazo.⁴⁴

Falta de acceso y uso de métodos anticonceptivos. Entre los aspectos faltantes en materia de derechos sexuales y reproductivos, cabe destacar el tema de acceso y uso de anticonceptivos. A pesar de

que los niveles de prevalencia anticonceptiva en las adolescentes sexualmente activas del Distrito Federal son mayores que los presentados a nivel nacional (68.2% y 59% respectivamente para 2014), las adolescentes son las que hacen menor uso de métodos anticonceptivos con respecto a los demás grupos de población, a esto se suma que este indicador presentó una reducción de casi un punto porcentual al pasar de 69.1% en 2009 a 68.2% en 2014.⁴⁵

Lo anterior da cuenta del importante porcentaje de relaciones sexuales que las y los adolescentes realizan sin protección y que constituye un factor preocupante, pues lleva a que muchos de los embarazos que se presentan sean no planeados,⁴⁶ como se corrobora en la ENADID al ser la población adolescente la que presenta el mayor porcentaje de embarazo no planeado en la ciudad.⁴⁷ Además, las y los especialistas señalan que es pertinente tomar en cuenta que una importante cantidad de adolescentes no utilizan adecuadamente los métodos y, que no basta analizar sólo el acceso a mayor información sobre métodos preventivos y anticonceptivos como medio para prevenir el embarazo en adolescentes, sino que se debe trabajar en cambiar los tabúes y las presiones sociales y de género que limitan a las adolescentes para el ejercicio de su sexualidad y el uso de los métodos anticonceptivos. Por ejemplo, la falta de reconocimiento y garantía del derecho a una sexualidad segura y placentera en las adolescentes llega a impedirles “la negociación con el compañero del uso de un preservativo”, quedando sólo bajo su responsabilidad el no embarazarse; así se ha identificado que la falta de participación masculina en la planificación de la anticoncepción es el principal obstáculo para las mujeres que desean evitar un embarazo.⁴⁸

La maternidad como factor determinante de identidad de la mujer. En México pareciera que el *deseo materno es inherente a ser mujer*, como destino y condición de realización. Desde esta construcción cultural algunas adolescentes creen que *haciéndose madres aseguran su identificación futura como mujeres*, ven la maternidad como una forma de completar su identidad. Al respecto, las y los expertos⁴⁹ en el tema lo identifican como una “impostura” que se visibiliza en el deseo, la decisión y la búsqueda intencional de la persona por un hijo o una hija, como una opción *libremente elegida* que encaja en los ideales de la autodeterminación, en la cual el embarazo y la maternidad confirman la adultez de la adolescente, en tanto los otros la reconocen *responsable de sus actos* y de hacer una vida propia. Sin embargo, “esto sumado a la falta de oportunidades, a la persistencia en su cotidianidad de roles tradicionales de género, limitan seriamente sus posibilidades de elección”, pues un “verdadero ejercicio de la autonomía implicaría elegir entre varias posibilidades igualmente atractivas”.⁵⁰ Frente a esto:

El control natal, el reconocimiento de lo femenino como fuerza productiva, los ideales de progreso y realización humana y los planteamientos del feminismo, han cuestionado el carácter de destino único del embarazo, y éste aparece como una decisión autónoma que puede planearse, aplazarse, interrumpirse o renunciarse. Estas transformaciones han dado lugar a nuevas formas de ser mujer e insertarse en la sociedad.

Las acciones preventivas deben superar el discurso de la anticoncepción, concentrado hasta ahora en el uso del preservativo, la píldora –incluyendo “la del día después”–, y otras, para generar propuestas que permitan el análisis crítico de los territorios de construcción de la subjetividad femenina, particularmente cuando éstos conducen a la exclusión y a la marginalidad.

Con la población adolescente es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones complejas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo.⁵¹

Incluso una proporción significativa de las primeras relaciones sexuales de las adolescentes se da en situaciones marcadas por identidades masculinas hegemónicas que pueden implicar algún grado de abuso o imposición y que puede ir desde una “seducción agresiva”, un “pruébame tu amor, si no me voy con otra” o un “tómame otra copa, no te va a pasar nada”, hasta la violación, como lo señala Claudio Stern.⁵² En este sentido, cabe tener presente la importancia de reconocer y entender estas relaciones de poder que se establecen entre mujeres adolescentes y hombres.

*El contexto de pobreza y la falta de oportunidades para construir un proyecto de vida como un determinante para el embarazo adolescente.*⁵³ En América Latina es reconocido que el embarazo entre las adolescentes es más frecuente entre los grupos más desfavorecidos,⁵⁴ y tiene más posibilidades de ocurrir en un contexto socioeconómico bajo debido a la pobreza intergeneracional.⁵⁵ El aspecto socioeconómico juega un papel significativo en la vida de las adolescentes en situación de pobreza, quienes generalmente tienden a tener experiencias sexuales a temprana edad, a no acceder a información ni a educación sobre sexualidad y reproducción, así como a enfrentar dificultades para acceder a métodos anticonceptivos.⁵⁶

Sobre el tema, Claudio Stern, académico de El Colegio de México, señala que en los sectores pobres “la maternidad es prácticamente la única opción accesible a las mujeres, que no tienen acceso a una escolaridad prolongada ni a otras opciones de desarrollo personal”;⁵⁷ además, la falta de acceso a educación formal que permita a las adolescentes de bajos recursos económicos construir proyectos de vida alternativos a la maternidad o postergarla, se constituye en un factor que puede determinar el aumento o la disminución del embarazo en estas adolescentes, pues “se ha visto que las mujeres con mayor escolaridad tienen más posibilidades de aplazar la llegada de su primer hijo y también el matrimonio”.⁵⁸ Otras autoras y autores afirman que

en contextos no favorecidos, como el sector urbano marginal, los embarazos adolescentes son vividos como un escape al entorno familiar en el que se encuentran, ya sea como una salida inmediata a problemas de violencia familiar y abuso, o como una manera de adquirir valoración social o un mayor estatus dentro del ámbito socio-cultural donde se desenvuelven.⁵⁹

Embarazo en adolescentes por violación y abuso sexual. Las investigaciones hacen referencia a que los embarazos en personas menores de 15 años de edad frecuentemente son producto de violación o de abuso sexual,⁶⁰ y que “mientras menor es la edad de las niñas que han tenido relaciones sexuales, mayor es la probabilidad de que se hayan enfrentado a una relación sexual obligada”.⁶¹ Al respecto, en un estudio multipaís la OMS señala que entre 1 y 21% de las mujeres manifestaba haber sufrido abusos sexuales antes de los 15 años;⁶² otro estudio realizado a partir de datos de los sistemas de administración de justicia y los centros de crisis para casos de violación en diversos países –incluido México– señala que entre la tercera y las dos terceras partes de las víctimas de agresiones sexuales

tenían 15 años o menos;⁶³ asimismo, la Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas (Adivac) hace referencia que en el mundo alrededor de “150 millones de niñas son objeto de relaciones sexuales forzadas y otras formas de violencia sexual” y expone que el alto porcentaje de cifra negra o abusos no registrados por diversos motivos presente en México lleva a que no se cuente con las estadísticas precisas para tener un panorama claro de situación,⁶⁴ por ejemplo, en 2006 la Secretaría de Salud calculó que sólo 1 de cada 10 agresiones sexuales era denunciada.⁶⁵

A pesar de la dificultad de capturar e interpretar estos datos al respecto del abuso sexual, principalmente en niñas y adolescentes, en 2003 la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres identificó que la mitad de las mujeres que informaron haber sufrido violencia sexual, declaró que el abuso ocurrió antes de tener 15 años de edad;⁶⁶ para 2014, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) señala que en el país una de cada cuatro niñas es abusada sexualmente antes de cumplir los 18 años de edad.⁶⁷ Además, algunos estudios han encontrado que entre 7 y 26% de las víctimas de violación quedan embarazadas.⁶⁸

Carencia de políticas públicas de salud sexual y reproductiva. Esta es una de las principales causas que impactan en el aumento o la disminución del embarazo en la adolescencia.⁶⁹ Al respecto, las adolescentes enfrentan obstáculos para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva pertinentes y de calidad.⁷⁰ Acciones como servicios de planificación familiar y aborto en condiciones de seguridad son relevantes en el tema, con el fin de que las adolescentes puedan tomar decisiones autónomas y fundamentadas sobre su salud reproductiva.⁷¹

Implicaciones

Tanto el embarazo como la maternidad generan cambios en todas las áreas de la vida de las mujeres, y cuando se presentan durante la adolescencia constituyen un obstáculo tanto en la esfera social⁷² como privada, las hace vulnerables a ser víctimas de discriminación o estigmatización en su entorno,⁷³ lo que puede causarles efectos psicológicos adversos para su pleno desarrollo y limitar el goce pleno de su adolescencia al tener que asumir tempranamente muchas responsabilidades. Una manifestación de la desigualdad que enfrentarán las adolescentes al embarazarse ocurre cuando asumen la manutención, el cuidado y la educación de su descendencia sin la participación de los varones,⁷⁴ a quienes en muchas ocasiones no se les cuestiona la decisión de no asumir su responsabilidad paterna.

En materia educativa algunos autores dan cuenta de la existencia de “un patrón cultural que valora menos la escolaridad de las mujeres por considerar que su papel principal se circunscribe al ámbito doméstico y reproductivo”, esto lleva a que “en algunos contextos, es común que una adolescente deserte de la escuela por el valor cultural que cobra la maternidad, ya que se valoraría más la condición de tener hijos y de cuidar de la familia que un proyecto universitario”.⁷⁵

Un claro ejemplo es el indicador de deserción escolar, al analizar a adolescentes que estudiaban cuando se embarazaron, para un número importante de ellas el embarazo fue un determinante para no continuar con sus estudios.⁷⁶ Al respecto, la Encuesta Nacional de Deserción en la Educación

Media Superior de 2011 arroja que embarazarse o convertirse en madre es uno de los principales factores asociados a la deserción de las mujeres. Un modelo predictivo calculado por esta encuesta señala que las personas en situación de embarazo o con hijas y/o hijos tienen una probabilidad de desertar mayor a 60%.⁷⁷ A su vez, esto puede tener impactos negativos en su desarrollo productivo y profesional, ya que una baja escolaridad puede negarles la posibilidad de acceder a un trabajo bien remunerado, así como tener más problemas para insertarse en el mercado laboral por la doble o triple jornada que realizan dentro del hogar.⁷⁸

Riesgos

Si bien distintos estudios señalan que las complicaciones de salud materno-infantil presentadas por las adolescentes embarazadas varían de manera importante según el contexto, la región y el estrato social en el que cada persona se desenvuelve, se reconoce que “el embarazo a una corta edad tiene consecuencias biológicas, tanto para la madre como para el niño”, entre las más recurrentes están “el ganar poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, anemia, infecciones de transmisión sexual y desproporción cefalopélvica”.⁷⁹

En particular se considera que los riesgos asociados al embarazo son mayores cuando las mujeres todavía no alcanzan la madurez física y mental, principalmente en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer.⁸⁰ Es decir, los problemas de salud son más probables, por ejemplo, si la adolescente queda embarazada cuando su pelvis y canal del parto todavía está en crecimiento; se suman a estos cambios fisiológicos los psicológicos, cognitivos y emocionales para afrontar este evento.⁸¹

Las y los expertos señalan que la madurez reproductiva se alcanza cinco años después de la menarquía o primera menstruación⁸² y que mientras más cerca de esta etapa se presente el embarazo, mayor es la vulnerabilidad y los riesgos maternos y perinatales, por lo cual se les debe brindar prioridad especial al atenderlas.⁸³ Así, las adolescentes más vulnerables a riesgos, complicaciones y muerte son principalmente las adolescentes menores de 14 años de edad.⁸⁴ Por ejemplo, las mujeres embarazadas pertenecientes a este rango de edad pueden sufrir de fístulas obstétricas⁸⁵ causada por la prolongación y obstrucción del parto⁸⁶ debida a la inmadurez del cuerpo.

Un aspecto más que hace complejo el tema del embarazo en adolescentes son las condiciones que se presentan previas al embarazo, como la alta prevalencia de desnutrición o el bajo peso y talla, lo que les ocasiona grandes riesgos y afectaciones a la salud y “un mayor riesgo de padecer hipertensión, preeclampsia, anemia”.⁸⁷ Por ejemplo, una de las enfermedades más comunes en las adolescentes embarazadas está relacionada con una mala alimentación y la propensión a la anemia por una salud deficiente y problemas nutricionales.⁸⁸

Otro aspecto de riesgo en el caso del embarazo en adolescentes es tanto la búsqueda tardía de la atención médica prenatal como la deficiencia en los servicios de salud a los que tienen acceso, lo que las hace vulnerables a riesgos y complicaciones que pueden desembocar en muerte materna.⁸⁹ En algunas investigaciones se han detectado casos de adolescentes que se embarazan y no acuden al cuidado prenatal o lo hacen tardíamente debido a que intentan ocultar su embarazo, ya sea por el

estigma social o por razones económicas, sociales y culturales, por lo que pocas veces cuentan con la atención prenatal requerida.⁹⁰ Una atención prenatal tardía puede conllevar importantes complicaciones médicas y sociales para las adolescentes embarazadas; si a esto se suma una mala nutrición,⁹¹ entre otros aspectos, serán propensas a mayores riesgos de enfermedades o de muerte materna, en comparación con las mujeres de 20 años de edad en adelante.⁹² Además, sin una atención obstétrica de urgencia adecuada, las adolescentes embarazadas se enfrentan a un riesgo más alto de parto obs-truido que puede conducir a la ruptura del útero, lo cual conlleva un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para la o el bebé.⁹³

Otro de los aspectos a considerar es la salud mental de las y los adolescentes, al respecto el Comité de los Derechos del Niño alerta sobre el mayor riesgo que tienen las adolescentes emba-razadas y puérperas, de experimentar síntomas depresivos y desarrollar pensamientos suicidas en comparación de las mujeres adultas en el mismo estado.⁹⁴

Riesgos en salud que enfrentan las adolescentes al embarazarse

Problemas más comunes en la primera mitad del embarazo de las mujeres adolescentes	Problemas más comunes en la segunda mitad del embarazo de las mujeres adolescentes
Aborto; anemia; infecciones urinarias y bacteriuria asintomática.	Cuadros hipertensivos; hemorragias asociadas a afecciones placentarias; escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada; síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y rotura prematura de las membranas ovulares.
Afecciones propias del embarazo que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres adolescentes	
Hipertensión arterial materna; prematuridad; retardo del crecimiento intrauterino (CIUR); desprendimiento prematuro de la placenta; falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo; síndrome de mala adaptación circulatoria (sus manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel de la madre y del producto de la concepción).	
Problemas por el desarrollo incompleto del aparato genital en las mujeres embarazadas en el parto	
Estrechez del <i>canal blando</i> relacionado con complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros, mayor probabilidad de hemorragias e infecciones) y mayor peligro de parto traumático para el producto de la concepción; alteraciones en la presentación y en la posición del producto de la concepción que determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del producto. Provoca aumento de los partos operatorios (mediante fórceps y cesáreas); aborto espontáneo por matriz inmadura, puede provocar hemorragia o anemia.	
Riesgos mayores para los productos de la concepción y para las personas recién nacidas de madres adolescentes	
Bajo peso al nacer, por nacimiento pretérmino o por persona recién nacida con bajo peso para la edad gestacional; mayores riesgos de enfermedad, muerte, abandono, accidentes y maltrato, por las menores competencias parentales, incluyendo mayor dificultad para interpretar las necesidades de sus bebés; implica la posibilidad de interacciones con menor sensibilidad y afecto, un ambiente menos sano y estimulante para la/el bebé, y en niveles inadecuados de nutrición, de cuidados de salud y de estimulación cognitiva y social; nacer con malformaciones, infecciones y traumatismo en el parto.	

Fuente: Elaborado por el CIADH a partir de información de la Recomendación 3/2015 y R. Castro Santoro, *Adolescente embarazada: aspectos orgánicos. Embarazos en adolescentes. Diagnóstico*, Santiago de Chile, UNICEF, 1992; UNFPA, *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. El estado de la población mundial 2013*, op. cit., p. 20; Regina Jiménez Cogollo, op. cit., p. 885; y Comisión Interamericana de Derechos Humanos, "Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos", numeral 98; Organización Mundial de la Salud, "Reducción de la mortalidad de recién nacidos", disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>>, página consultada el 4 de enero de 2016.



Capítulo 2

Derechos y obligaciones frente al embarazo en adolescentes

Como se observó en el primer capítulo de esta investigación, el embarazo en adolescentes se presenta en un contexto en el que las y los adolescentes inician su vida sexual enfrentando obstáculos importantes para ejercer su sexualidad, que van desde la falta de acceso a información y a servicios sexuales y reproductivos adecuados para su edad, hasta la persistencia de tabúes y prejuicios que los relegan de vivir una sexualidad libre y segura.

Para hacer frente a esta realidad, en este segundo capítulo se revisa el contenido de los derechos vinculados con la sexualidad y el embarazo en adolescentes, se identifican tanto las obligaciones reforzadas que tiene el Estado hacia este grupo de población por la situación de desarrollo en la que aún se encuentran, como las relacionadas con la prevención y atención del embarazo en adolescentes que están vinculadas estrechamente con el respeto, la protección, la garantía y la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos. Esta revisión de derechos y obligaciones será el punto de partida para el análisis del marco jurídico, institucional y programático que se llevará a cabo en el último capítulo.

Principios orientadores y obligaciones reforzadas hacia las y los adolescentes

Hasta finales del siglo XIX, las niñas, los niños y las y los adolescentes eran considerados seres absolutamente vulnerables y dependientes que le pertenecían a la familia; las madres y los padres contaban casi con total discrecionalidad para cuidarles y educarles, el Estado solamente intervenía para dar asistencia a quienes carecían de un hogar. Este paradigma proteccionista tutelar imperante negaba a este grupo de población la posibilidad de contar con autonomía personal (sólo

otorgada a cierta población adulta) y los excluía de la titularidad de derechos, visión que comenzó a cambiar de manera incipiente hasta el siglo xx.⁹⁵

Hasta la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada en 1989, se impulsó una nueva concepción basada en un enfoque de protección integral que reconoce a las niñas, los niños y las y los adolescentes como personas en condiciones de igualdad, con capacidad de ser titulares de derechos que deben ser respetados, protegidos, garantizados y promovidos,⁹⁶ es decir, como sujetos activos de pleno derecho.⁹⁷

En este proceso de reconocimiento de derechos desde organismos internacionales, no se distingue a la niñez de la adolescencia, ambos suelen ser contemplados como un solo grupo debido a que cuentan con cualidades compartidas, sin embargo hay que tener presente que cada una de estas etapas evolutivas presenta características diversas que permiten diferenciarlas. La visibilización de la distinción entre niñas, niños y adolescentes es más reciente y “obedece a razones plenamente justificadas que pueden ayudar a la garantía de los derechos mediante el reconocimiento, por ejemplo, de una mayor autonomía a partir del inicio de la pubertad”.⁹⁸ En este sentido, a continuación se buscará evidenciar a la par de elementos en común, aquellos avances en el reconocimiento de los derechos de las y los adolescentes a nivel internacional.

Las y los adolescentes, sujetos de obligaciones reforzadas

La adolescencia como etapa de vida en la que ya no se es niña ni niño, pero tampoco se es aún una persona adulta independiente,⁹⁹ “está marcada por una serie de cambios físicos y síquicos que llevan al ser humano a vivir un periodo de transición que le preparará para la vida adulta y que le hace capaz de tener una mayor autonomía en la toma de decisiones”.¹⁰⁰

Si bien las y los adolescentes están en una etapa de reconstrucción de una identidad propia en la que ya han adquirido ciertas capacidades y habilidades de socialización, así como un nivel de desarrollo cognitivo (el cual variará según el contexto familiar, escolar, social y cultural en el que se desenvuelven),¹⁰¹ integran un grupo social que de manera permanente participa, interactúa y retroalimenta a otros grupos y deben ser reconocidos como miembros activos de la sociedad que, por sí mismos, contribuyen a la reproducción cultural.¹⁰² Es decir, son titulares de derechos y no puede justificarse su vulneración en razón de su edad ni retornar a ideas paternalistas o de protección tutelar en la que sean invisibilizados o su opinión sea ignorada.¹⁰³

Al igual que las y los niños, las y los adolescentes tienen derecho a medidas de protección por parte de su familia, de la sociedad y del Estado,¹⁰⁴ quienes están obligados a respetar su adecuado desarrollo físico e intelectual en un marco de libertad, autonomía y dignidad.¹⁰⁵ A la par, debe tomarse en cuenta que la adolescencia es un periodo de desarrollo caracterizado por “requerir de satisfactores especiales y, por ende, de una equivalente protección de derechos a los de los primeros años de la vida humana”;¹⁰⁶ la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) establece la obligación reforzada del Estado de proteger sus derechos, tomando medidas especiales de protección que su condición de sujeto en desarrollo exige por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.¹⁰⁷ Asimismo, el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño mandata

que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la protección especial en contra del maltrato, abandono y abuso.¹⁰⁸ Al respecto, Mónica González Contró, académica especialista en derechos de la infancia y abogada general de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), señala:

Esto supone un derecho de tutela explícito contra las prácticas intolerables que afectan a la infancia [y la adolescencia] como serían: el abuso sexual, la pornografía, la explotación sexual, el secuestro, la venta, la realización de trabajos riesgosos, etcétera, y la obligación del Estado en la adopción de medidas de todo tipo para su prevención y sanción. El derecho explícito a la protección en contra de estos actos constituye una directriz en la actuación del Estado respecto de los niños [y la población adolescente] y establece la responsabilidad en todas las esferas de gobierno de orientar las instituciones (leyes, políticas, etcétera) para evitar y remediar cualquier situación de esta naturaleza.¹⁰⁹

Por su parte, Margarita Griesbach, directora general de la Oficina para la Defensoría de los Derechos de la Infancia (ODI), profundiza que el carácter reforzado de la obligación del Estado se fundamenta, entre otras cosas, en que la niñez y la adolescencia, al ser distinta en su forma de actuar, pensar y sentir que la adultez, necesita un trato diferenciado y requiere de mediación o representación adulta proporcional para el ejercicio de sus derechos, la cual va decreciendo a lo largo de su desarrollo. Todo lo anterior incrementa el grado y alcance de la obligación del Estado frente a los derechos de las y los adolescentes, al tener que prestar especial atención y asumir con mayor cuidado y responsabilidad su posición especial de garante. Además, Griesbach especifica:

La obligación reforzada del Estado significa, en términos prácticos, muchas obligaciones particulares. [E]xisten tres obligaciones que cobran particular relevancia [...]:

- 1) Garantizar un Estado útil para la infancia [y la adolescencia]. Es decir, que las niñas y los niños [y la adolescencia] necesitan del Estado aun cuando se hallen en condiciones ordinarias, y que el Estado se encuentra obligado con la infancia [y la adolescencia] como parte de sus acciones cotidianas y no únicamente como un tema de asistencia social o protección especial.
- 2) Garantizar asistencia y representación suficiente y adecuada para el ejercicio de sus derechos. El Estado adquiere una nueva obligación reforzada: no sólo deberá velar por el libre ejercicio de los derechos de las y los niños [y la adolescencia] a través de la representación/mediación tradicionalmente concentrada en los padres o tutores a partir del denominado principio de autonomía progresiva, sino que además deberá garantizar que cualquier deficiencia en ella no constituya un impedimento para el resguardo de sus derechos. Es decir, también es responsabilidad del Estado garantizar que cualquier niña o niño [y adolescente] que lo requiera cuente con la adecuada representación o mediación adulta para ejercer sus derechos.
- 3) Garantizar el carácter integral en la atención y protección de sus derechos. Otra de las obligaciones reforzadas del Estado frente a las niñas y los niños [y adolescentes] implica que en toda decisión que les afecte deberá tomarse en consideración la esfera íntegra de sus derechos. Así, podemos afirmar que tal grado de interrelación amplía el alcance de las obligaciones de la autoridad frente a los derechos de las y los niños [y adolescentes] debido a que la vulneración de uno de los derechos implicará necesariamente la afectación de otros.¹¹⁰

De manera imprescindible el Estado debe aplicar una perspectiva basada en los derechos de niñas, niños y adolescentes al momento de cumplir con sus obligaciones generales de respetar, proteger, garantizar y promover los derechos de este grupo de población, así como con las obligaciones reforzadas ya mencionadas.

Para el cumplimiento de estas obligaciones y la satisfacción de los derechos, el Estado debe hacer una interpretación sistemática de los instrumentos internacionales en la materia, a partir de ciertos principios¹¹¹ –como son la autonomía, la igualdad y la dignidad– que las propias normas establecen; de esta manera “no sería admisible ninguna aplicación que contraviniera alguno de estos principios”.¹¹²

El establecimiento y cumplimiento de estos principios son “necesario[s] debido a la tendencia generalizada a desconocer los derechos del niño como un límite y una orientación a las actuaciones de las autoridades y los adultos en general”,¹¹³ es decir, son límites al paternalismo estatal que encauza la aplicación e interpretación de los derechos y las soluciones que se presentan ante conflictos de derechos. Por ejemplo, la Observación General núm. 5 sobre medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño habla de cuatro principios generales que deben regir la actuación hacia la infancia y la adolescencia, entre ellos el interés superior del niño y el derecho al desarrollo,¹¹⁴ así como el principio de la autonomía progresiva en el ejercicio de sus derechos.

Principio de interés superior de las niñas, los niños y las y los adolescentes

En el caso del interés superior de niñas, niños y adolescentes, este principio ha evolucionado conjuntamente con el reconocimiento progresivo de los derechos al pasar de ser considerado sólo *un objetivo deseable* a constituirse en un *principio jurídico garantista* que obliga, limita y orienta sus decisiones para satisfacer de manera plena e integral los derechos de esta población.¹¹⁵ Así, el interés superior es una disposición paraguas a seguirse en cualquier acción que concierna a las y los adolescentes, con el fin de que todo proceso de toma de decisiones que les afecte tome en cuenta de forma prioritaria sus intereses.¹¹⁶

Por una parte el principio de interés superior de la niñez y adolescencia se instituye como obligación de carácter reforzado y prioritario para el Estado estableciendo que sus derechos son asuntos de orden público e interés social, por lo cual se debe actuar oficiosamente para protegerlos y brindarles la asistencia y representación necesarias para el ejercicio de sus derechos.¹¹⁷ Por ejemplo, al presentarse un conflicto de derechos, la autoridad debe valorar, de forma integral, toda posible afectación a los derechos de las y los adolescentes y reconocer las repercusiones que puede tener en su protección integral; asimismo, debe tomar medidas que aseguren la menor restricción de un derecho sobre otro, y probar la imposibilidad de una satisfacción conjunta.¹¹⁸

El interés superior supone que todas las autoridades del Estado consideren los derechos de las y los adolescentes “en las decisiones públicas, tanto en el ámbito Ejecutivo como el Legislativo y Judicial”.¹¹⁹ Miguel Cillero, director del Programa Justicia de Infancia de la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales, precisa que este principio se extiende hacia todas las autoridades, instituciones privadas y las familias; así, las madres, los padres o tutores ejercerán sus funciones de

acuerdo a este principio, sus facultades de orientación y dirección tendrán el objetivo de proteger y de desarrollar la autonomía de las y los adolescentes en el ejercicio de sus derechos. El interés superior de las y los adolescentes como principio tiene las siguientes características:

[E]s una garantía, ya que toda decisión que concierna al niño debe considerar primordialmente sus derechos; es de una gran amplitud ya que no solo obliga al legislador sino también a todas las autoridades e instituciones públicas y privadas y a los padres; también es una norma de interpretación y/o de resolución de conflictos jurídicos; finalmente es una orientación o directriz política para la formulación de políticas públicas para la infancia.¹²⁰

Principio de autonomía progresiva

Por su parte, el principio de autonomía progresiva toma en cuenta que la niñez y la adolescencia son etapas de crecimiento en la que la autonomía se va desarrollando de forma gradual a medida que se adquieren habilidades que permiten a las personas hacer sus propias elecciones. La autonomía no requiere la presencia real y efectiva de todas las capacidades o destrezas, éstas se van adquiriendo al ir madurando y tomando control sobre las decisiones y la responsabilidad de los actos.¹²¹ En resumen, se puede entender al *principio de autonomía progresiva* como el reconocimiento de la capacidad de autodeterminación, aptitud que se va desplegando gradualmente a lo largo de la vida.¹²²

Para que se dé este desarrollo progresivo de la autonomía, las familias, la sociedad y el Estado tienen la responsabilidad de dar a las y los adolescentes una protección integral, guiarles, orientarles y ofrecerles las herramientas necesarias para que ejerzan sus derechos, brindarles una educación encaminada a desarrollar su personalidad, aptitudes y capacidad mental y física, y prepararles para asumir una vida responsable.¹²³ Todo lo anterior debe tomar en cuenta que “no hay un modo único de entender la capacidad de autonomía y sus alcances”, se debe evaluar en cada caso, en lo singular de un caso, las posibilidades reales de autonomía, discernimiento, madurez psicológica, afectiva, intelectual, social que una niña, un niño o una o un adolescente real presentan.¹²⁴

La idea de una construcción gradual de la autonomía es “clave para no caer en el discurso tutelar o en atribuir una responsabilidad que excede sus posibilidades subjetivas que no la diferencia de la adultez”;¹²⁵ su avance progresivo va restringiendo las potestades de madres, padres o tutores, de la sociedad y el Estado, limitando la discrecionalidad en el uso de su autoridad y funciona como garantía para asegurar su participación en todos los asuntos en que se vean involucrados.¹²⁶

Al respecto de la participación y la autonomía progresiva, la Convención sobre los Derechos del Niño señala que se requiere del establecimiento de mecanismos específicos para garantizar las condiciones necesarias que permitan a las y los adolescentes formarse un juicio propio y para que se tengan en cuenta sus opiniones en función de su edad y madurez. Así, el principio de autonomía progresiva debe ser considerado en la aplicación de cualquier derecho de las y los adolescentes y la ley debe hacer distinciones entre las etapas de desarrollo en relación con los asuntos en que la persona tiene capacidad para intervenir.¹²⁷

Principios de desarrollo integral, igualdad, no discriminación, participación y opinión

Por su parte, el principio de desarrollo integral de las y los adolescentes funciona como criterio de interpretación para orientar la actuación de cualquier autoridad, al mismo tiempo que es una condición necesaria en el cumplimiento de otros derechos.¹²⁸ Las autoridades de todos los poderes del Estado –Ejecutivo, Legislativo y Judicial– deben tener presente que la afectación a cualquier esfera de la vida de las niñas, los niños y las y los adolescentes repercute en su desarrollo general y que la no garantía de algún derecho impacta no sólo en el ámbito de su desarrollo vinculado a ese derecho, sino también en otros. Tanto el Comité de Derechos Humanos como el Comité de los Derechos del Niño han interpretado el *desarrollo* como un concepto integral que involucra todos los aspectos de la vida como elementos necesarios, tanto el desarrollo físico, mental, espiritual y psicológico como el social.¹²⁹

Con respecto al principio de no discriminación, éste ha sido interpretado por el Comité de los Derechos del Niño no sólo como igualdad de acceso a los derechos ni como trato idéntico, sino como la detección de discriminaciones existentes frente a las cuales se deben impulsar medidas especiales para garantizar los derechos de las y los adolescentes en condiciones de vulnerabilidad, por ejemplo la adolescencia perteneciente a población indígena, con discapacidad, migrante, entre otros.¹³⁰

Finalmente, la aplicación obligatoria de estos principios de manera transversal al momento de tomar cualquier acción, medida o decisión relacionada con la población adolescente, permite reconocerles “como ciudadanos en desarrollo, con facultades para irse integrando poco a poco a la vida política del Estado democrático”.¹³¹

La participación y la libre expresión de opiniones de las y los adolescentes en todos los asuntos que les afectan (directa e indirectamente), así como tener en cuenta debidamente sus opiniones, se constituyen en principios que no sólo “pone[n] de relieve la función del niño como participante activo en la promoción, protección y vigilancia de sus derechos”,¹³² sino que también hacen imprescindible que estén informados de manera oportuna y adecuada¹³³ para la construcción de juicios propios y la toma de decisiones; lo anterior remarca la necesidad de establecer mecanismos que les permitan participar de manera efectiva en la sociedad.¹³⁴

Derechos y obligaciones vinculadas al embarazo en adolescentes y los derechos sexuales y reproductivos

Con el interés de avanzar en el reconocimiento y la garantía de los derechos de la población adolescente, a continuación se identifica un listado de ellos y se desglosa su contenido, haciendo énfasis en los sexuales y reproductivos como derechos ejes para el análisis y la reflexión del embarazo en esta etapa evolutiva.

Como se ha mencionado, siendo la adolescencia un periodo de inicio de la vida sexual en el que las mujeres no acceden a información pertinente ni a servicios adecuados que les ayuden a ejercer su sexualidad de forma libre y responsable, el embarazo en adolescentes se presenta como resultado

de prácticas sexuales sin protección e inseguras, que tienen implicaciones en diversos ámbitos de sus vidas; por lo anterior, cobra particular relevancia la protección de los derechos sexuales y reproductivos que tienen una relación estrecha con la situación de embarazo.

Embarazo en adolescentes: una mirada desde los derechos sexuales y reproductivos

Las mujeres adolescentes, como cualquier otra persona, cuentan con una dignidad intrínseca por el solo hecho de ser humanas, y las hace titulares de derechos humanos. La complejidad de la problemática del embarazo en adolescentes causa que una multitud de derechos humanos de la índole más diversa estén involucrados; sin embargo, para efectos metodológicos la presente investigación se centrará en los derechos sexuales y reproductivos que se ven vulnerados en el contexto particular.

Derechos relacionados con el embarazo en la adolescencia

Derechos sexuales y reproductivos		
Sexuales	Reproductivos	
<ul style="list-style-type: none"> A la igualdad y la no discriminación sexual. A una vida sexual sin violencia/vivir libres de coerción, discriminación y violencia relacionada con la sexualidad e identidad sexual. A la libertad de opinión y expresión sexual. A escoger a la pareja. A decidir si se es sexualmente activo o no. A relaciones sexuales consensuadas. A la equidad en el ejercicio de la sexualidad. A la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo. A la privacidad sexual. A ejercer la sexualidad sin fines reproductivos. Al más alto estándar posible de salud sexual, incluyendo el derecho al acceso a servicios de salud sexual/ a la salud sexual libre de infecciones y enfermedades. A buscar, recibir y compartir información relacionada con la sexualidad. A la educación sexual. A acceder a métodos anticonceptivos adecuados a su edad. A la libertad de conciencia y de religión. 	<ul style="list-style-type: none"> A decidir el número y el espaciamiento de hijas o hijos. A la autonomía y autodeterminación sobre su cuerpo. A adoptar decisiones sobre la reproducción, sin sufrir discriminación, coerción o violencia. A la procreación. A la salud reproductiva. A obtener información especializada sobre el funcionamiento reproductivo del cuerpo. A que se respeten sus derechos como usuarias y usuarios de los servicios de salud reproductiva. A los avances científicos en materia de reproducción. A interrumpir un embarazo en los casos en que la ley lo permite. A beneficiarse de programas de planificación familiar. 	
Otros derechos relacionados		
<ul style="list-style-type: none"> A la salud. A no sufrir prácticas que perjudiquen. A la vida privada. A la intimidad. 	<ul style="list-style-type: none"> A la educación e información. A vivir sin discriminación. A un nivel de vida adecuado. Al respeto por la integridad corporal. A la autonomía. 	<ul style="list-style-type: none"> A la vida. A consentir el matrimonio y a la equidad dentro de éste. A una vida libre de violencia.

Fuente: Elaborado por el CIADH con información de Red de los derechos sexuales y reproductivos en México, Pronunciamento, "La estrategia nacional para la prevención del embarazo adolescente: urge sea efectiva", disponible en <<http://www.ddeser.org/juventud/index.php/2014-05-22-00-11-44/2014-05-22-00-12-31>>, página consultada el 8 de enero de 2015.

Como se ha mencionado, la adolescencia es una etapa en la que los cuerpos cambian y se comienza a explorar la sexualidad, ésta juega un papel importante en la vida de esta población. Al ser esta fase un momento en el que las personas comienzan a ser sexualmente activas, la población adolescente necesita tener acceso a información, educación y servicios oportunos, integrales y libres de prejuicios sobre salud sexual y reproductiva para comprender su sexualidad, protegerse de riesgos, tomar decisiones informadas, cuidar su salud y bienestar, en general, y disfrutar y ejercer sus derechos.

Sin embargo, culturalmente se considera que la vida sexual es una actividad propia de las y los adultos, concepción que conlleva a que las y los adolescentes sufran de discriminación dado que no acceden a información sobre salud sexual y reproductiva.¹³⁵

Aunque históricamente se ha obstaculizado la identificación de las y los adolescentes como titulares de derechos sexuales y reproductivos, a nivel internacional diversos instrumentos de derechos humanos¹³⁶ les reconocen estos derechos; en particular, el Comité de los Derechos del Niño señala que uno de los componentes más importantes para proteger su derecho a la vida y para hacer efectivo su derecho a la supervivencia y al desarrollo es el garantizar sus derechos sexuales y reproductivos.¹³⁷ Asimismo, este Comité refiere la necesidad de prestar atención especial a cuestiones relacionadas con la sexualidad de este grupo de población para velar porque tengan acceso en pie de igualdad a información, a adecuadas medidas preventivas y a una vida activa.¹³⁸

Al respecto, el Comité en su Observación General núm. 15 manifestó que el derecho a la salud de las niñas, los niños y las y los adolescentes consta de una serie de libertades y derechos, a medida que aumentan la capacidad y la madurez, entre las que se encuentran el derecho a controlar su salud y su propio cuerpo, incluida la libertad sexual y reproductiva para adoptar decisiones responsables.¹³⁹

Asimismo, tanto la Convención sobre los Derechos del Niño como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, Egipto, indican que “si bien los padres tienen la responsabilidad de guiar las decisiones de las y los adolescentes, no tienen el derecho absoluto a tomar decisiones sobre sus vidas o su salud”, el rol de las madres, padres o tutores es orientarlos en el ejercicio de sus derechos –entre ellos los sexuales y reproductivos–, tomando en cuenta sus opiniones, de acuerdo con su edad y madurez, y proporcionándoles un entorno seguro y propicio en el que puedan desarrollarse.¹⁴⁰

Asimismo, el Comité de los Derechos del Niño precisa los derechos de las y los adolescentes a acceder a información sobre salud sexual y reproductiva “independientemente de su estado civil y de que tengan o no el consentimiento de sus padres o tutores”; los que sean *suficientemente maduros* tienen los mismos derechos que las personas adultas a la privacidad y confidencialidad al recibir orientación y consejos sobre el cuidado a la salud, a “asesoramiento fuera de la presencia de los padres, madres o de otras personas, así como a la intimidad y a poder solicitar servicios confidenciales, e incluso tratamiento confidencial”.¹⁴¹

LAS Y LOS ADOLESCENTES Y LOS DERECHOS SEXUALES

En general, el reconocimiento de los derechos sexuales ha estado estrechamente ligado con el de derechos reproductivos, en la medida en que se ha avanzado en su necesaria desvinculación se enfatiza que “la sexualidad va más allá de los fines reproductivos”,¹⁴² sin embargo, hace falta consensuar una definición de *derechos sexuales* que pueda partir “desde una óptica positiva que ponga el énfasis en el derecho a gozar plenamente de la sexualidad”.¹⁴³

El grupo de derechos sexuales se integra por los derechos a buscar, recibir e impartir información sobre la sexualidad, a recibir educación sexual, a que se respete la integridad física, a elegir pareja, a decidir si se es o no una persona sexualmente activa, a mantener relaciones sexuales de mutuo acuerdo, a llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera, entre otros. Asimismo, dentro de los derechos sexuales se contempla el derecho a la *salud sexual*, la cual es entendida como el derecho a alcanzar el nivel más elevado posible de salud en relación con la sexualidad.¹⁴⁴

Como lo especifica el Comité de los Derechos del Niño, las y los adolescentes, como personas titulares de derechos, pueden hacer un ejercicio pleno y libre de su sexualidad conforme a su grado de desarrollo;¹⁴⁵ al respecto, la Comisión sobre Población y Desarrollo instó a los gobiernos a

proteger los derechos humanos de adolescentes y jóvenes a tener el control y decidir libre y responsablemente en asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva, libre de coerción, discriminación y violencia y les exhorta a proveerles una educación integral para la sexualidad humana, los derechos humanos y la igualdad de género.¹⁴⁶

Además, los derechos sexuales de las y los adolescentes implican el que estén en libertad de manifestar su opinión y expresión sexual sin discriminación; el recibir educación sexual completa, adecuada y oportuna, basada en evidencia científica y libre de prejuicios, que incluya asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y protección contra enfermedades de transmisión sexual, entre otros aspectos.¹⁴⁷ En el contexto del derecho a la salud sexual es importante recalcar que las y los adolescentes tienen derecho a servicios de salud sexual, a que se respete su vida privada y su intimidad, por lo que toda la información concerniente a sus personas deberá ser tratada con la debida confidencialidad;¹⁴⁸ además el Comité de los Derechos del Niño ha enfatizado su derecho a recibir asesoramiento confidencial y a acceder a información sin el consentimiento de sus madres, padres o tutores, según la evolución de sus capacidades.¹⁴⁹

LAS Y LOS ADOLESCENTES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los derechos reproductivos son derechos humanos en gran parte promovidos por el movimiento de mujeres que ha reivindicado la maternidad como elección y no como destino,¹⁵⁰ lo que conlleva un conjunto de derechos para las parejas e individuos como son: decidir libremente si tienen o no hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el disponer de la información y de los medios necesarios para ello, el tener acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, a disponer de servicios de planificación familiar y a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin

sufrir discriminación, coacciones ni violencia, el alcanzar el nivel más alto de salud reproductiva, a recibir servicios adecuados (gratuitos de ser necesario) de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos, entre otros.¹⁵¹

Las y los adolescentes, como cualquier persona, tienen derecho a decidir autónomamente sobre su cuerpo y su vida, lo que implica necesariamente el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.¹⁵² Con ese fin, se debe tener acceso a los medios para regular y controlar la fertilidad, incluyendo la anticoncepción de emergencia, servicios de planificación familiar e interrupción del embarazo en un contexto seguro.¹⁵³ Cabe destacar también que las y los adolescentes tienen derecho a que se les proporcione una atención de la más alta calidad posible, beneficiándose del progreso científico y tecnológico del momento histórico.¹⁵⁴

En el caso del embarazo en adolescentes, el derecho a la salud reproductiva involucra la satisfacción de necesidades surgidas antes, durante y después del embarazo, velando en todo momento por el bienestar integral de la adolescente, tanto en su aspecto físico, como mental y emocional. Este derecho implica, en primer lugar, que la adolescente tenga acceso sin discriminación alguna a servicios médicos suficientes, adecuados y de alta calidad antes, durante y después del embarazo y parto;¹⁵⁵ que se le proporcione en forma adecuada la información necesaria y suficiente para tomar decisiones, las cuales deberán ser respetadas y tomadas en cuenta por sus madres, padres o tutores.¹⁵⁶

La salud materna abarca la protección de toda una gama de derechos relacionados con la autonomía y dignidad de las mujeres, así como la toma de decisiones libres e informadas en relación con el parto, embarazo y puerperio. Al respecto, la OMS recomienda que el cuidado del embarazo y parto no sea medicalizado, que se base en el uso de tecnología apropiada, respetando la privacidad, dignidad, confidencialidad y las propias decisiones de las mujeres. En este sentido se habla de una atención o parto humanizado.¹⁵⁷

DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

Toda mujer tiene el derecho a vivir una *vida sin violencia*, entendida como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer –tanto en el ámbito público como en el privado–, la cual puede ser física, sexual y psicológica.¹⁵⁸

La violencia, como lo señalan personas expertas, tiene consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres al incrementar el riesgo de embarazos no planeados, complicaciones durante éste, problemas crónicos de salud reproductiva, la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida) y otras infecciones de transmisión sexual.¹⁵⁹ En particular, este derecho busca proteger a las mujeres de todas las edades de aquellos actos de abuso sexual y violación que lesionen su integridad física y emocional, como se presenta en el caso de la violencia sexual.¹⁶⁰ Para el caso particular de las adolescentes, la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer señala que

desde los puntos de vista biológico y psicosocial, las adolescentes son más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia y la prostitución y a las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección. La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados y a edad prematura, así como de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, y de abortar en condiciones peligrosas. [...] No se suele enseñar a los adolescentes a respetar la libre determinación de la mujer y a compartir con ella la responsabilidad que conllevan las cuestiones relativas a la sexualidad y a la reproducción.¹⁶¹

Como se puede observar, la violencia afecta el goce y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, al respecto el Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) alerta que “como consecuencia de las relaciones desiguales de poder basadas en el género, las mujeres adultas y las adolescentes a menudo no pueden negarse a tener relaciones sexuales ni insistir en prácticas sexuales responsables y sin riesgo”.¹⁶² Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño enfatiza la necesidad de protección para que las niñas, los niños y las y los adolescentes no sufran ningún tipo de violencia,¹⁶³ lo cual ha sido reafirmado en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.¹⁶⁴ En particular, es primordial que las adolescentes embarazadas cuenten con las condiciones necesarias para que puedan expresarse libremente, ser escuchadas, tomar sus propias decisiones y participar en todas las tomas de decisiones que les afecten, sin ser violentadas, presionadas, maltratadas o lesionadas en forma alguna.

Además, las mujeres adolescentes tienen el derecho a estar protegidas contra cualquier forma de violencia obstétrica, entendida como cualquier acto u omisión intencional de las autoridades de salud que vulnere o limite el derecho de las mujeres a una maternidad libre, elegida y segura y, en general, sus derechos reproductivos.¹⁶⁵

DERECHO A LA IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN

Las adolescentes tienen el derecho a no ser discriminadas por su estado de gravidez, su sexo, género, edad, decisiones, ni ninguna otra condición.¹⁶⁶ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) prohíbe la discriminación por edad en diversos contextos, entre ellos menciona el acceso desigual de las y los adolescentes a los servicios e información de salud sexual y reproductiva como una forma de discriminación.¹⁶⁷

En relación con la prevención y atención del embarazo en adolescentes es fundamental, por una parte, que las y los adolescentes reciban un trato digno, respetuoso y no discriminatorio en los servicios de educación y salud sexual. Asimismo, tienen el derecho a que en los establecimientos públicos y privados no se permitan expresiones o actitudes descalificadoras, que vayan en detrimento de la dignidad de este grupo de población.¹⁶⁸ Por otra parte, en el caso específico del embarazo en adolescentes, los servicios de salud reproductiva y el personal médico y administrativo que atiende debe encontrarse libre de prejuicios, estereotipos y obstáculos que violenten los derechos de esta población.

En el ámbito educativo, las adolescentes embarazadas no deben enfrentar ningún obstáculo en el acceso al derecho a la educación, por cual no se les puede expulsar, suspender, cambiar de horario o de establecimiento escolar, cancelar su matrícula o modificar las condiciones en las cuales las adolescentes venían ejerciendo su derecho a la educación, y que vaya en detrimento de su ingreso, permanencia o progreso escolar, sino que tienen el derecho de acceder a la educación en igualdad de condiciones, de tal manera que la realización de este derecho se efectúe a través de la igualdad sustantiva.¹⁶⁹ Lo anterior implica que se atiendan las necesidades específicas que conlleva el propio embarazo, es decir, para que pueda concebirse el ejercicio pleno del derecho a la educación, las adolescentes embarazadas deben recibir de las instancias educativas, públicas y privadas, las facilidades académicas y administrativas que les posibiliten su permanencia en el sistema educativo.¹⁷⁰

Obligaciones del Estado en materia de derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes

Los derechos de los que gozan las personas traen aparejados necesariamente una serie de obligaciones destinadas a satisfacerlos y alcanzar su realización fáctica. Por ello, es imprescindible que se señalen y describan las obligaciones que el Estado tiene en general para con los derechos humanos de las personas y, en este caso, frente a las y los adolescentes, por un lado, para prevenir los embarazos a temprana edad a través de la protección de sus derechos sexuales y reproductivos,¹⁷¹ y por otro, garantizar la debida atención al embarazo, parto y postparto a aquellas adolescentes que están embarazadas. En ese sentido, en relación con la prevención y atención del embarazo adolescente, el Estado está obligado a cumplir y materializar ciertos derechos en la práctica, como a continuación se expondrá:

OBLIGACIÓN DE RESPETAR

Tal como ha advertido la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la obligación de respetar los derechos humanos significa sencillamente no interferir con su disfrute, directa o indirectamente,¹⁷² y reclama a los Estados abstenerse de restringir o negar su ejercicio. Esta es una obligación tendiente a mantener el goce de los derechos, su exigibilidad es inmediata,¹⁷³ es decir, no necesita ocurrir ninguna situación o supuesto para que el Estado respete los derechos humanos.

Por virtud de esta obligación, el Estado mexicano tiene el deber de asegurar que ninguno de los órganos que lo integran, de cualquiera de sus niveles (federal, local o municipal) e independientemente de sus funciones (Ejecutivo, Legislativo, Judicial y entes autónomos/paraestatales), violente por acción u omisión los derechos humanos.¹⁷⁴ En palabras de Sandra Serrano, académica de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) y experta en derechos humanos: “la obligación de respetar los derechos va más allá de la simple abstención de lesionarlos en un acto, sino que

alcanza la forma en que las normas restringen los derechos, las autoridades las aplican y los jueces deciden sobre esas limitaciones.”¹⁷⁵

Conforme a ello, a continuación se presentan las obligaciones identificadas en relación con los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes:



Fuente: Elaborado por el CIADH.

Respetar el ejercicio de la sexualidad de las y los adolescentes y a vivir sin violencia. El deber de respetar los derechos humanos exige a los Estados no entorpecer directa o indirectamente el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos.¹⁷⁶ Esto quiere decir que el Estado ni ninguno de sus agentes debe coaccionar o presionar en forma alguna a las y los adolescentes a abstenerse del ejercicio de su sexualidad.

Por otra parte, la Convención de Belém do Pará define que los Estados deben abstenerse de cualquier acción o práctica violenta contra la mujer y velar que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación, así como “tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer”.¹⁷⁷

*Abstenerse de interferir, directa o indirectamente, en el disfrute del derecho de las y los adolescentes al acceso a información en materia de derechos y salud sexual y reproductiva.*¹⁷⁸ Con respecto a esta obligación, los Estados deben abstenerse de tergiversar deliberadamente, censurar, retener o difundir

información tendenciosa o errónea, relacionada con la salud –incluida la sexualidad–, por ejemplo sobre anticonceptivos.¹⁷⁹ Asimismo, para no restringir el acceso a información adecuada entre las y los adolescentes que buscan asesoramiento sobre métodos de anticoncepción, los Estados no deben exigir la autorización de las parejas, padres, madres o tutores.¹⁸⁰

Respetar la confidencialidad y brindar atención respetuosa en los servicios de salud sexual y reproductiva. Según ha sido establecido por el Comité DESC, al proveer estos servicios el Estado debe brindar una atención respetuosa a las y los adolescentes la cual les permita participar en la toma de decisiones, adquirir experiencia y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud sexual y reproductiva.¹⁸¹ En congruencia con lo anterior, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas de El Cairo, en 1994, se exhortó a los países a “asegurar que los programas y las actitudes de los encargados de prestar servicios de salud no restrinjan el acceso de las y los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesitan, incluidos los relativos a las enfermedades de transmisión sexual y los malos tratos sexuales”.¹⁸²

El Comité DESC también ha señalado que al brindarse la atención de la salud a este grupo de población, el Estado debe tomar en cuenta la confidencialidad y la vida privada,¹⁸³ de la misma manera, el Comité de los Derechos del Niño ha aclarado que las y los adolescentes *suficientemente maduros* tienen los mismos derechos que las personas adultas a la privacidad y confidencialidad, a recibir orientación y consejos sobre el cuidado a la salud, y enfatiza que las y los trabajadores de la salud tienen la obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica a las y los adolescentes, la cual puede divulgarse a otras personas (incluyendo a las madres, padres o tutores) sólo con su consentimiento o, en caso contrario, debe sujetarse a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de las y los adultos.¹⁸⁴

No restringir ni discriminar, directa o indirectamente, a las y los adolescentes al momento de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. Tanto el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) como el Comité de los Derechos del Niño puntualizan que los Estados deben asegurar la igualdad de las adolescentes para acceder a los bienes y los servicios de salud sexual y reproductiva,¹⁸⁵ el que esto no se realice se constituye en una violación de su obligación de no discriminar en razón de su edad.¹⁸⁶

Al respecto, en la Observación General núm. 4, el Comité de los Derechos del Niño indicó que en el contexto de los derechos de las y los adolescentes a la salud y el desarrollo, los Estados tienen necesidad de asegurar disposiciones jurídicas específicas relativas a la posibilidad de tratamiento médico sin consentimiento de los padres.¹⁸⁷ A su vez, este Comité estableció que los Estados: “deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicas sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad”.¹⁸⁸

Así, el hecho de solicitar a las adolescentes la autorización de una persona adulta (madre, padre o tutor) o estar acompañada de alguna de estas personas para que se les puedan brindar servicios de salud sexual y reproductiva, es una restricción que configura una clara violación de la obligación del Estado.

OBLIGACIÓN DE PROTEGER

Proteger constituye la obligación que el Estado tiene de adoptar medidas que impidan a terceros (personas particulares, grupos, empresas y otros actores no estatales, por ejemplo, centros de salud y hospitales privados, así como quienes actúen en su nombre) que interfieran, menoscaben o impidan el disfrute de los derechos humanos.¹⁸⁹ Esta obligación se extiende también a las y los particulares, corporaciones y otros actuantes no gubernamentales que operen dentro de sus fronteras y jurisdicción, siendo el Estado el encargado de asegurarse que estos actores no estatales respeten los derechos humanos.¹⁹⁰ Lo anterior típicamente implica que el Estado haga las adecuaciones legislativas o de cualquier otra índole que considere necesarias para que los derechos humanos sean observados por todas las autoridades y todos los particulares.

Dicho en palabras de Sandra Serrano, *proteger* es “una obligación dirigida a los agentes estatales en el marco de sus respectivas funciones para prevenir las violaciones a derechos humanos cometidas por sus propios agentes y por particulares, así como crear el marco jurídico y la maquinaria institucional necesaria para cumplir ese fin”.¹⁹¹ Por ello, el Estado debe contar con los mecanismos pertinentes y accionarlos cuando una persona se encuentra en riesgo de ver violados sus derechos por un particular, lo cual se actualiza cuando los mecanismos preventivos de primer orden han fallado y las personas sufren ese riesgo.¹⁹² En ese sentido, esta obligación surge en el momento en que el riesgo causado por particulares es real e inminente y además es conocido por el Estado; por lo que éste incumple su obligación y, por lo tanto, cae en responsabilidad, si una vez iniciado el riesgo conocido no realizara las acciones necesarias para impedir la consumación de la violación.¹⁹³

Entre las obligaciones que el Estado mexicano debe cumplir a todas las mujeres adolescentes en relación con el embarazo y los derechos sexuales y reproductivos, se identifican algunas a continuación:¹⁹⁴



Fuente: Elaborado por el CIADH.

Crear y adecuar la normatividad. Los Estados deben adaptar su constitución y otras leyes para la protección de los derechos humanos tanto en lo que se refiere a las relaciones entre el Estado y los particulares –sean nacionales o extranjeros–, como a las relaciones entre los particulares;¹⁹⁵ en especial, se deben proteger los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente sin discriminación alguna, violencia o coerción, reconociendo que comprenden el derecho al estándar más alto posible de salud sexual y reproductiva.¹⁹⁶ Esta normatividad también debe ser armonizada con los más altos estándares en materia de atención humanizada durante el embarazo, el parto y post-parto.

Supervisar y vigilar la actuación de entes privados. Cuando actores no estatales participan en la prestación de servicios, “el Estado no puede eximirse de sus obligaciones de derechos humanos, por lo cual sigue siendo el principal responsable”,¹⁹⁷ por lo que “hay una concentración más enérgica en la obligación de proteger”.¹⁹⁸ El Estado está obligado a regular y supervisar la actuación de los entes privados que proporcionan servicios o atienden a población adolescente para que cumplan con la normatividad y los estándares en la materia. De esta manera, el Estado debe establecer mecanismos de denuncia accesibles, equitativos, previsibles y transparentes que alerten a particulares y entes privados sobre las repercusiones de sus actividades en los derechos humanos,¹⁹⁹ de forma que puedan responsabilizarse de éstas.

Perseguir, investigar, sancionar y reparar integralmente las violaciones a derechos humanos. No basta con que los derechos humanos estén reconocidos en la normatividad, sino que se deben establecer, articular y operar adecuadamente mecanismos suficientes de exigibilidad para garantizar que las adolescentes puedan ejercer sus derechos. De este modo, el Estado está obligado a impedir que los derechos tanto sexuales como reproductivos sean violados por agentes estatales o terceras personas y, en caso de cometerse violaciones, investigarlas, sancionarlas y repararlas.²⁰⁰

Prevenir y sancionar la violencia contra la mujer y los delitos sexuales. Los Estados tienen el deber de desarrollar y adoptar normas, políticas y prácticas para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer en los ámbitos público y privado,²⁰¹ así como las prácticas culturales discriminatorias,²⁰² entre ellas la mutilación genital femenina, la violación conyugal y los llamados delitos de “honor”,²⁰³ por ejemplo, implementar estrategias sectoriales que actúen sobre los determinantes que fomentan la violencia y promueven la tolerancia, el respeto mutuo y los derechos, entre otros.²⁰⁴ Para lograrlo, los Estados deben contar con las normas penales, civiles, administrativas o de otra naturaleza, que sean necesarias, entre ellas conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar o amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer de cualquier forma que atente contra su integridad o perjudique su propiedad.²⁰⁵ También, el Comité CEDAW especifica que los Estados tienen que “capacitar a jueces, personal policial y profesionales de la salud para reconocer y responder a las distintas formas de violencia contra la mujer, de una manera eficaz y con enfoque de género”.²⁰⁶

A las mujeres que sean o hayan sido sometidas a violencia, el Estado tiene la obligación de proporcionarles, por ejemplo, acceso a casas de acogida, atención en salud sexual y reproductiva

(como la anticoncepción de emergencia, aborto y tratamiento profiláctico antirretroviral en casos de violencia sexual),²⁰⁷ así como orientación, órdenes o *medidas de protección*²⁰⁸ y asistencia jurídica gratuita, cuando sea necesario;²⁰⁹ en particular, las autoridades deben prestar especial atención a las necesidades y los derechos de las mujeres que pertenecen a grupos en una situación de vulnerabilidad.²¹⁰ Asimismo, el Estado está obligado a brindar acceso a la justicia, para lo cual debe investigar todas las denuncias de violencia contra la mujer de forma oportuna, completa, seria e imparcial y llevar a los autores ante la justicia,²¹¹ y debe establecer y garantizar el acceso a procedimientos y mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar el acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos, eficaces,²¹² suficientes y disponibles, tales como la indemnización y la rehabilitación.²¹³

En particular, en las Observaciones Finales del Comité CEDAW a los informes periódicos séptimo y octavo combinados de México, el Comité ha exhortado al Estado mexicano a implementar de manera efectiva la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que incluya la ejecución de la totalidad del Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres 2014-2018.²¹⁴ Por su parte, en las Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México, el Comité de los Derechos del Niño ha instado a México a:

- Asegurar el acceso a la justicia a niñas y niños víctimas, incluyendo el establecimiento de servicios especializados dentro de las oficinas de la Procuraduría General, facilitando mecanismos de denuncia confidenciales y amigables con niñas y niños en instituciones, escuelas, centros de detención, hospitales y otros lugares relevantes, proveyendo apoyo legal, enjuiciando a los presuntos autores y rehabilitando y compensando a niñas y niños víctimas.²¹⁵ [...]
- Revisar la legislación federal y estatal para asegurar que la violación sea penalizada en línea con los estándares internacionales y que sea removida cualquier previsión legal que permita a los autores de abuso sexual infantil ser excusados por sus crímenes;
- Asegurar que la reforma al Código Penal Federal provea que no exista plazo de prescripción en relación con las sanciones y con el hecho criminal en lo que respecta al abuso sexual contra niñas y niños, y que incluya tanto a los autores como a los cómplices. Las mismas previsiones deben ser tomadas en los códigos penales estatales;
- Establecer mecanismos, procedimientos y lineamientos para asegurar la notificación obligatoria de los casos de abuso sexual y de explotación infantil, y asegurar la disponibilidad de mecanismos de denuncia amigables para niñas y niños, en particular en las escuelas;
- Prevenir, investigar y enjuiciar todos los casos de abuso sexual contra niñas y niños, y castigar adecuadamente a los condenados;
- Proveer formación a jueces, abogados, procuradores, a la policía y a otros actores relevantes sobre cómo atender a niñas y niños víctimas de violencia sexual y sobre cómo los estereotipos de género presentes en el aparato judicial, afectan el derecho de las niñas a un juicio justo en casos de violencia sexual, y sobre cómo dar seguimiento a juicios en los que niñas y niños estén involucrados;
- Implementar efectivamente el Protocolo para la atención de niñas y niños víctimas de abuso sexual y asegurar servicios y recursos de calidad para protegerlos, para proveerlos de recuperación física y psicológica y reintegración a la sociedad, además de compensarlos de manera adecuada;

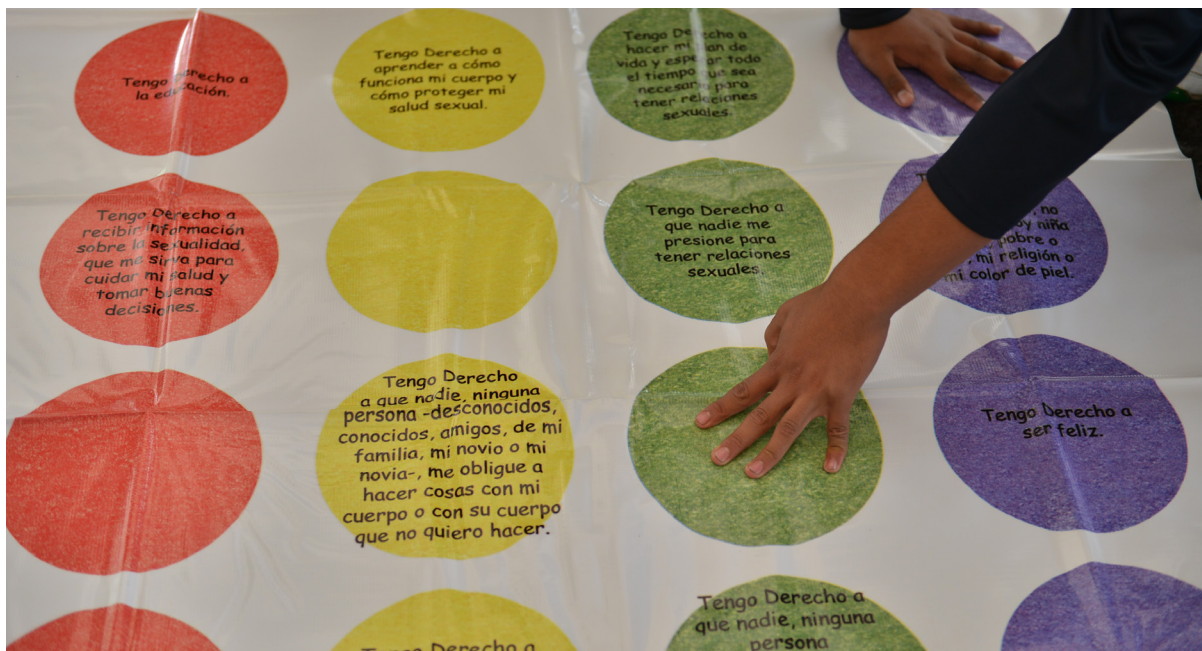
- Llevar a cabo actividades de sensibilización para prevenir el abuso sexual infantil, para informar al público en general que el abuso sexual es un delito y, para tratar el tema de la estigmatización de las víctimas, sobre todo cuando los presuntos culpables son familiares.²¹⁶

OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR

La obligación de garantizar implica que los Estados adopten adecuadas medidas reglamentarias, administrativas, presupuestales y de otras índoles, con el fin de realizar y materializar el pleno disfrute de los derechos humanos. Esta obligación, además de estar enfocada en mantener el disfrute pleno del derecho humano en cuestión, también plantea mejorarlo y, en caso de presentarse alguna violación a éste, tiene igualmente como finalidad buscar restituir el derecho contravenido, desplegando una fuerza defensora y restauradora a favor de las personas que ostenten los derechos humanos en vulneración. En estricto sentido, entraña una conducta activa por parte del Estado, con la cual éste debe asegurar la realización del derecho, sin que exista ningún tipo de intromisión u obstaculización al momento de ejercerlo.²¹⁷

De acuerdo con lo desarrollado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en su jurisprudencia, la obligación de garantizar implica que el Estado debe organizar todas las estructuras a través de las cuales se ejercite el poder público, con la finalidad de asegurar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos.²¹⁸

Asimismo, el Estado tiene el deber de adoptar políticas, programas y cualquier otro tipo de medida con especial énfasis en las personas y los grupos en situación de vulnerabilidad, y así asegurar la no discriminación en toda institución estatal, proveer de recursos materiales necesarios para que estos grupos, que no pueden obtenerlos por sí solos, logren disfrutar de sus derechos mediante una intervención directa en sus condiciones de vida.²¹⁹



Con base en lo anterior, resulta importante destacar cuáles son las obligaciones del Estado en el caso específico del embarazo en adolescentes y del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos:



Fuente: Elaborado por el CIADH.

Garantizar el acceso a educación sexual como medida preventiva. Los Estados tienen la obligación de actuar con la debida diligencia y adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el acceso de las y los adolescentes a educación sexual desde etapas tempranas de la vida, cumpliendo los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, adaptabilidad.²²⁰ Es así que los Estados deben diseñar y aplicar normas, políticas y programas en materia de educación sexual y reproductiva basada en evidencia científica y acorde al desarrollo evolutivo de las y los adolescentes a quienes se dirige;²²¹ deben asegurar la efectiva implementación de estos programas, los cuales tienen que ser integrales, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos.²²²

Por una parte, estas medidas deben ser un componente obligatorio de la escolarización²²³ (en todos los niveles educativos,²²⁴ especialmente en la enseñanza primaria y secundaria)²²⁵ y, por la otra, asegurar a quienes estén fuera del sistema educativo que también accedan y reciban esta educación.²²⁶

En particular, el Comité de los Derechos del Niño menciona que los Estados deben elaborar programas de prevención efectiva y educativos para cambiar las percepciones y los tabúes culturales y de otro tipo,²²⁷ para lo cual se tiene que contar con materiales de calidad y accesibles que no perpetúen estereotipos lesivos y discriminatorios y que otorguen especial atención a los temas de

género y diversidad;²²⁸ en el mismo sentido, el Comité CEDAW ha recomendado que los programas de educación sexual deben incluir información sobre derechos sexuales y reproductivos, conductas sexuales responsables, prevención de las enfermedades de transmisión sexual, prevención de los embarazos en adolescentes y la planificación familiar.²²⁹

Al estar la educación sexual incorporada en los planes de estudio,²³⁰ los Estados necesitan garantizar que se enseñe en un entorno educativo seguro en la que las y los adolescentes no estén expuestos a ningún tipo de discriminación, acoso o violencia,²³¹ y que se cuente con programas de formación docente pertinentes en la materia.²³² El Comité de Derechos Humanos ha señalado que en los casos en que la educación sexual llegara a ser eliminada del plan de estudio escolar, el Estado debe obligatoriamente reintroducir la materia en las escuelas públicas.²³³

Finalmente, entre la recomendaciones emitidas de manera particular al Estado mexicano se encuentran: el Comité CEDAW ha encomendado que sus programas de educación sexual se orienten a adolescentes tanto del sexo femenino como masculino;²³⁴ el Comité de los Derechos del Niño le ha solicitado fortalecer los programas existentes en la materia;²³⁵ por su parte, el Comité DESC, le ha solicitado avanzar hacia un total acceso a la educación sexual para todas las niñas y mujeres adolescentes y jóvenes, incluidas aquellas que viven en comunidades rurales e indígenas.²³⁶

Garantizar el acceso universal y factible a métodos anticonceptivos adecuados. Para cumplir con esta obligación los Estados deben eliminar los obstáculos que impiden el acceso de la población adolescente a las medidas preventivas necesarias.²³⁷ Esto implica garantizar la disponibilidad y accesibilidad de una amplia y completa gama de métodos anticonceptivos aceptables y de calidad,²³⁸ en los establecimientos hospitalarios públicos y privados, en todo momento, que satisfagan las necesidades de esta población;²³⁹ en particular, los de corto plazo (como los preservativos, los métodos hormonales y los anticonceptivos de emergencias) deben estar a disposición inmediata de las y los adolescentes sexualmente activos.²⁴⁰ Para ayudar a cumplir esta obligación, la OMS ya cuenta con una completa gama de anticonceptivos modernos incluidos en el listado de medicamentos esenciales que los Estados deben necesariamente proveer para hacer efectivo el derecho a la salud.²⁴¹

Asimismo, los Estados deben hacer un seguimiento de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, su uso y los principales obstáculos para su provisión, mediante el que se recojan, difundan y analicen los datos desglosados de este diagnóstico para garantizar la satisfacción de las necesidades de las y los adolescentes.²⁴² A la vez esta obligación involucra el hecho de proporcionar orientación e información al respecto de los métodos anticonceptivos, en formatos y términos claros y comprensibles, lo que involucra capacitar al personal médico responsable de los servicios.

Por otra parte, el Estado debe eliminar las disparidades que afecten a las adolescentes que enfrentan obstáculos especiales para obtener información y servicios anticonceptivos,²⁴³ así como establecer programas que subsidien su gratuidad, por ejemplo, para garantizar la asequibilidad de los servicios anticonceptivos existentes.²⁴⁴

*Garantizar que la autonomía personal de las adolescentes respecto a su salud y derechos sexuales y reproductivos sea respetada, asegurando que puedan tomar decisiones fundamentadas.*²⁴⁵ Para cumplir

con esta obligación, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) determinó en el asunto P. y S. c. Polonia que “no se podrá considerar que la tutela legal confiere automáticamente a los padres de un menor el derecho a adoptar decisiones sobre los derechos reproductivos de éste, en tanto debe considerarse adecuadamente la autonomía personal del menor en esta esfera”;²⁴⁶ el criterio señalado, aunque emanado de un Tribunal Europeo, es aplicable a México. Específicamente, el Comité de los Derechos del Niño ha señalado que las adolescentes deben poder acceder a servicios de salud sexual y reproductiva sin consentimiento de madres, padres o tutores de acuerdo con su capacidad evolutiva, incluso de acceso a servicios abortivos,²⁴⁷ pues el establecimiento de este requisito puede orillar a la búsqueda y exposición a servicios inseguros y sin acompañamiento.²⁴⁸ Así, esta obligación confiere al Estado el deber, por ejemplo, de garantizar que las adolescentes que lo deseen, accedan a abortos seguros, así como a servicios de calidad posteriores al aborto,²⁴⁹ independientemente de si el aborto es en sí legal, evitando poner en riesgo la vida de quienes opten por este servicio.²⁵⁰

*Priorizar que las y los adolescentes dispongan de instalaciones, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y adaptados a las problemáticas de la adolescencia, que incluyan el asesoramiento.*²⁵¹ Los Estados están obligados a garantizar el acceso universal de las y los adolescentes a “una variedad de instalaciones, bienes, servicios, y condiciones necesarias para lograr el más alto nivel posible de salud”, por lo cual necesitan asegurar que los servicios a lo largo del país se encuentren disponibles en cantidad suficiente y sean accesibles, asequibles, culturalmente aceptables, respetuosos de la ética médica, así como de buena calidad;²⁵² al respecto, los Estados tienen que dotar suficientes recursos financieros, humanos y tecnológicos,²⁵³ así como suprimir todas las barreras que limitan el acceso de las adolescentes a estos servicios en condiciones de “igualdad”.²⁵⁴

De manera general, el servicio que se preste a la población adolescente debe de estar fundado en cuatro características básicas que se han desarrollado en diversos estudios.²⁵⁵ La primera de ellas hace referencia al personal que brinda el servicio, y menciona que debe estar capacitado (los programas de capacitación deben ser integrales, obligatorios y tener perspectiva de género), libre de cualquier juicio de valor, y ser amigable con las y los adolescentes que atiende.²⁵⁶ La segunda indica que las instalaciones deben ser acogedoras y atractivas, con la finalidad de incentivar las visitas de la población adolescente. La tercera tiene que ver con la comunicación hacia las y los adolescentes, dado que se les tiene que informar de la disponibilidad de los servicios de salud amigables, y se les debe de motivar a usarlos cuando los necesiten. La última característica hace referencia a la comunicación con integrantes de la comunidad, para promover y favorecer la importancia de la prestación de servicios de salud para adolescentes.

Además, los Estados tienen la obligación de contar con datos, indicadores oficiales, sistemas estadísticos confiables, desagregados por sexo, edad, variables culturales, entre otros, en materia de salud sexual y reproductiva, en particular de las y los adolescentes.²⁵⁷

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha recomendado a México que garantice el acceso universal a servicios de atención sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en particular para las adolescentes, con el fin de prevenir los embarazos no planeados.²⁵⁸

Prestar servicios apropiados a las mujeres adolescentes, en relación con el embarazo y el parto. Los Estados están obligados a adoptar medidas para garantizar los servicios de salud sexual y genésica,²⁵⁹ la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada y óptima,²⁶⁰ así como los servicios obstétricos de urgencia;²⁶¹ durante este proceso las mujeres deben recibir protección especial²⁶² y servicios gratuitos cuando sea necesario, asegurándoles una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.²⁶³

En particular, se deben proporcionar sistemas y servicios sanitarios que satisfagan los requerimientos de las adolescentes en las distintas etapas del embarazo, incluyendo la detección de casos de embarazos de alto riesgo para su salud y su vida, especialmente en menores de 15 años de edad;²⁶⁴ éstos deben ser adecuados, efectivos y amigables, y tener como principales características el trato respetuoso y la garantía de protección de la confidencialidad.²⁶⁵ Asimismo, se deben adoptar y proporcionar las medidas médicas que se consideren oportunas y convenientes para asegurar la debida protección del derecho a la vida y a la integridad personal.²⁶⁶

Así, los Estados están obligados a elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a cuidados y asesoramiento en materia de obstetricia a las adolescentes embarazadas,²⁶⁷ y asegurar una “atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad”.²⁶⁸ En particular, el Estado debe prevenir y erradicar el trato abusivo hacia las adolescentes que buscan acceder a servicios de salud reproductiva, para cumplir con estas medidas el Estado debe entrenar y capacitar adecuadamente al personal proveedor de servicios de salud²⁶⁹ y regular la objeción de conciencia.²⁷⁰ Además, las autoridades deben “diseñar estrategias intersectoriales dirigidas a ayudar a las mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia”.²⁷¹

Adoptar las medidas necesarias para combatir la discriminación que sufren las adolescentes embarazadas. Al respecto, el Estado está obligado a abatir los prejuicios del personal de salud y la influencia del conservadurismo en la atención que se brinda a las adolescentes; así, se deberán priorizar esfuerzos y recursos para garantizar el acceso a servicios de salud materna a las mujeres que están en mayor situación de riesgo por estar sujetas a varias formas de discriminación, por ejemplo las adolescentes indígenas, afrodescendientes, en situación de pobreza, las que habitan en zonas rurales²⁷² o que cuentan con alguna discapacidad.

Con la finalidad de evitar casos en los que se les expulse de las escuelas, los Estados deberán ofrecer a las adolescentes embarazadas oportunidades de educación permanente que incentiven y estimulen su desarrollo académico, y que aseguren su estancia en el sistema educativo. Asimismo, deben elaborar políticas que permitan a las madres adolescentes continuar su educación,²⁷³ como brindar servicios accesibles y asequibles de guardería y educación en habilidades de crianza con el fin de alentar a reanudar los estudios a quienes han abandonado la escuela, o a llevarlos a término en caso de continuar estudiando.²⁷⁴ Además, el Comité de los Derechos del Niño ha instado a los Estados a adoptar medidas para prevenir la discriminación en el ámbito privado, por ejemplo el despido o la expulsión de trabajadoras embarazadas.²⁷⁵

OBLIGACIÓN DE PROMOVER

De acuerdo con el alcance de la obligación de promover, el Estado tiene el deber de proveer a toda persona de la información necesaria que posibilite la tarea de disfrutar de sus derechos. Esta labor se realiza a través del empoderamiento, que se logra al momento de dar a conocer a las personas sus derechos y los mecanismos de defensa existentes, además de la transmisión del conocimiento de cómo ejercerlos mejor.²⁷⁶ Con esa finalidad, el Estado debe tomar las medidas necesarias, adecuadas y efectivas para garantizar la existencia de mecanismos educativos, informativos y de sensibilización para crear conciencia pública sobre los derechos que tienen todas las personas.

Esta obligación es de carácter progresivo, ya que el objetivo es lograr cambios en la conciencia pública y social, lo que implica llegar al entendimiento de determinados problemas, además de lograrse un verdadero impacto cultural que haga que todas las personas se consideren titulares de derechos y no simplemente beneficiarios de programas asistenciales. Este deber va más allá de la mera promoción y transmisión de información, sino que se busca que las personas se sensibilicen en el tema de derechos humanos de forma que los respeten y los promuevan, obteniendo así una educación en y para los derechos humanos.²⁷⁷

Derivado de la obligación de promover, algunas de las obligaciones del Estado con las adolescentes embarazadas y los derechos sexuales y reproductivos son las siguientes:



Fuente: Elaborado por el CIADH.

Promover información entre las y los adolescentes sobre los derechos sexuales y reproductivos sin discriminación alguna. El Estado está obligado a promover información y políticas indispensables que contribuyan a que las mujeres adolescentes puedan ejercer plenamente todos sus derechos, y especialmente sus derechos sexuales y reproductivos,²⁷⁸ priorizando el acceso a quienes pertenezcan

a segmentos pobres y vulnerables de la población;²⁷⁹ esta información se debe difundir de forma oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa conforme a las necesidades particulares de las y los adolescentes.²⁸⁰ Es así que los Estados deben adoptar medidas para facilitar y garantizar que las y los adolescentes puedan buscar, recibir y difundir información sobre salud sexual y reproductiva, velar porque tengan la posibilidad de adquirir conocimientos y aptitudes que les protejan desde el momento que empiece a manifestarse su sexualidad,²⁸¹ así como proporcionarles acceso a información sobre los peligros que pueden provocar el matrimonio y la maternidad precoz.²⁸²

Asimismo, los Estados deben asegurar que la información sea adecuada y sensible con las particularidades y los derechos específicos de las y los adolescentes. Por ello, con el objetivo de encontrar los medios adecuados para entregar información se sugiere que los Estados consigan que la población adolescente participe “en el diseño y difusión de la información a través de una variedad de canales fuera de las escuelas, donde se incluyen organizaciones juveniles, grupos religiosos, comunitarios y de otra índole, además de los medios de comunicación”.²⁸³

Sensibilizar al personal médico de entidades estatales y privadas para que proporcionen asesoramiento a las y los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva. El Estado tendrá la tarea de incentivar al personal médico para que recomiende a las y los adolescentes los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada, privilegiando su capacidad de elegir entre toda una gama de métodos existentes, con la finalidad de abatir el desconocimiento que tiene este grupo de población sobre las ventajas de dichos métodos.²⁸⁴ Este servicio particularmente tiene que prestarse en un ambiente que respete los derechos de las mujeres adolescentes, que brinde información completa, que respete la autonomía reproductiva, la privacidad y la confidencialidad, ya que esto influye en su anuencia a buscar orientación y cuidados.

*Desarrollar campañas y programas para crear conciencia sobre asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva, y contra la violencia.*²⁸⁵ El Comité DESC en sus observaciones finales le ha exigido al Estado mexicano que busque crear conciencia sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres mediante campañas de comunicación social, entre otras cosas, formas para combatir la mortalidad materna e infantil, y aumentar el acceso a información sobre anticonceptivos.²⁸⁶ En el mismo sentido, para sensibilizar sobre la importancia de los anticonceptivos, estos servicios deben ser difundidos a través de campañas y programas de educación pública, mediante los medios de comunicación y otras vías alternativas.²⁸⁷

En el mismo tenor, el Comité CEDAW ha impulsado a los Estados a desarrollar campañas de educación pública para combatir las causas subyacentes de la violencia contra la mujer, promover los derechos de las adolescentes expuestas a la violencia de género; además de recomendar la adopción de medidas para cambiar los patrones sociales y culturales con miras a erradicar prejuicios y prácticas que se basan en la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o visiones estereotipadas sobre los roles del hombre y la mujer.²⁸⁸ Por ejemplo, el Comité contra la Tortura en sus observaciones finales a informes de Estados en el cumplimiento de la Convención ha recomendado “tomar las medidas necesarias para erradicar la práctica de las mutilaciones genitales femeninas, incluidas campañas de sensibilización en todo el territorio”.²⁸⁹



Capítulo 3

Marco normativo e institucional en materia de embarazo en adolescentes en el Distrito Federal: una revisión a partir de los derechos sexuales y reproductivos

En el presente capítulo se presentan los avances legislativos y de política pública existentes en materia de embarazo en adolescentes y derechos sexuales y reproductivos en el Distrito Federal. Primero se identifica la normatividad que regula o establece los lineamientos en la materia, después se presenta el marco institucional y un conjunto de programas y acciones que se despliegan por parte del Gobierno del Distrito Federal (GDF) y, por último, se muestran las acciones desarrolladas por la CDHDF en esta temática. Todo lo anterior se analiza desde el enfoque de derechos con el fin de identificar la situación que guardan los derechos de las adolescentes en la ciudad, así como el grado de avance en el cumplimiento de las obligaciones por parte de las autoridades capitalinas.

Marco legal vigente

Como se postula en el capítulo anterior, en virtud de la obligación que tienen los Estados de proteger los derechos humanos, cada país –y en ellos, cada nivel y orden de gobierno en el marco de sus atribuciones–, debe plasmar en su legislación y demás normatividad interna los postulados de los derechos humanos. En este sentido, se revisa a continuación el grado de armonización de la normatividad relacionada con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres adolescentes en el Distrito Federal, en específico respecto del reconocimiento de los derechos de las niñas, los niños y las y los adolescentes, sus derechos sexuales y reproductivos, la igualdad sustantiva y la *noviolencia*.

Principios generales y derechos de niñas, niños y adolescentes en la legislación mexicana

Como se analizó en el apartado anterior, las y los adolescentes, como cualquier persona, son sujetos de derechos a los que no se les puede negar ni violentar ninguno de éstos; al contrario, por su condición de seres en crecimiento, el Estado debe proteger de manera reforzada sus derechos para asegurar su desarrollo integral, así como respetar, proteger, garantizar y promover que los ejerzan.

Como marco general, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 1º reconoce que “todas las personas gozarán de los derechos humanos”, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse”²⁹⁰ y establece a todas las autoridades la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.²⁹¹ Asimismo, la Constitución adopta los principios de no discriminación,²⁹² de igualdad entre mujeres y hombres²⁹³ y de interés superior de la niñez que deberán guiar el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez,²⁹⁴ y por consiguiente a la adolescencia.

La Carta Magna, además de reconocer el derecho a la protección de la salud,²⁹⁵ establece en el artículo 4º el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada el número y el espaciamiento de la descendencia.²⁹⁶ Asimismo, el texto constitucional especifica que las niñas y los niños tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades, entre ellas a la salud y a su desarrollo integral,²⁹⁷ además establece que el Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.²⁹⁸ En el texto constitucional no se reconocen de manera explícita los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, al ser la salud sexual y reproductiva una parte integrante del derecho al nivel más alto posible de salud y una necesidad presente entre las y los adolescentes, el acceso y la garantía de este derecho también está implícita en nuestra Constitución.

El texto constitucional no define tampoco con claridad el alcance de los derechos de la adolescencia, y al respecto González Contró puntualiza que hay una reforma pendiente en materia de niñas, niños y adolescentes. En relación con el sistema integral de justicia, la reforma al artículo 18 de 2005 incorporó el concepto *adolescente*, sin embargo, lo anterior “ha provocado falta de claridad respecto de los términos *niño* y *adolescente*, así como el alcance de las normas de protección de derechos”. Al respecto, la autora señala que para una reforma constitucional se deben considerar los siguientes elementos básicos:

1. Definición de niño, niña y adolescente. Aunque en la Ley reglamentaria del artículo 4º se establece la distinción entre niño y adolescente, se requiere que esta diferencia se reconozca a nivel constitucional y que igualmente se definan los alcances de la protección de los derechos. Esta distinción debe recogerse constitucionalmente para ser identificada como un principio de interpretación de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
2. Cambio de ubicación de los derechos de niñas, niños y adolescentes del actual artículo 4º constitucional para situarlos en otro numeral, preferentemente dedicado exclusivamente a los derechos de los niños y adolescentes. Otro inconveniente [...] es la regulación conjunta de la protección de la organización y el desarrollo de la

familia y los derechos de los niños, pues se entiende que existe una relación de subordinación. [Sin embargo] se trata de derechos directamente frente al Estado, aunque por su condición de desarrollo los niños se encuentren inmersos en la esfera familiar.²⁹⁹

Un avance normativo al respecto de los derechos de las y los adolescentes fue la aprobación de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes³⁰⁰ en diciembre de 2014 y de la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México³⁰¹ el 12 de noviembre de 2015. Al respecto de la Ley General, se destaca que sus disposiciones son obligatorias para las autoridades de todos los poderes (Ejecutivo, Legislativo y Judicial) y órdenes (federal, estatal y municipal) de gobierno, así como para la sociedad en general. Esta ley ordena la creación de un sistema nacional de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes, y de sistemas locales de protección en las entidades federativas y en los municipios del país. El 2 de diciembre de 2015 fue instalado el sistema nacional de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes³⁰² y se han puesto en operación alrededor de 12 sistemas estatales y 13 sistemas municipales; en el Distrito Federal aún no se ha implementado este sistema.³⁰³

Además, esta ley establece: la elaboración e implementación de un programa nacional de protección de niñas, niños y adolescentes; un sistema de rendición de cuentas que incluya el monitoreo y la evaluación de las políticas, programas y acciones que impactan a este grupo de población; la instauración de un mecanismo para dar atención y respuesta especial a casos en que los derechos ya hayan sido amenazados o violentados; medidas de protección especial y restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes en situaciones particulares de vulnerabilidad; y prevé la obligación de contar con presupuesto para cumplir con las acciones, entre otros.³⁰⁴

Esta ley ha sido evaluada de manera positiva por organismos internacionales de derechos humanos y organizaciones sociales y civiles mexicanas que llevan acciones en materia de los derechos de las niñas, los niños y las y los adolescentes, al considerar que cuenta con los elementos necesarios para responder a los enormes desafíos que representa la efectiva protección de los derechos de esta población en México.³⁰⁵ Sin embargo, el reto es su aplicación a nivel federal, estatal y local, de manera que se logre un impacto positivo en la vida de las niñas, los niños y las y los adolescentes, tal como lo señala la Red por los Derechos de la Infancia (Redim).³⁰⁶

Tanto la Ley General como la local señalan que la población adolescente está integrada por las personas que se encuentran en el rango de edad de los 12 a los 17 años,³⁰⁷ asimismo establecen un conjunto de principios que guiarán el actuar de las autoridades, instituciones y personas que se relacionen o atiendan tanto a las niñas y los niños como a las y los adolescentes. Al respecto, la Ley General señala que los sistemas nacionales y estatales de salud deberán asegurar los derechos de este sector de la población atendiendo al derecho de prioridad, el principio de interés superior, la igualdad sustantiva y la no discriminación, además de que tendrán que implementar acciones afirmativas a favor de la niñez y la adolescencia.³⁰⁸

Por su parte, y de conformidad con los estándares internacionales en la materia, la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México puntualiza que este grupo de población goza de derechos y refiere la obligación que las autoridades de la ciudad tienen de promoverlos, respetarlos, protegerlos y garantizarlos, atendiendo los principios pro persona, del

interés superior y de autonomía progresiva en el ejercicio de éstos y tomando en cuenta “el grado de desarrollo cognoscitivo y evolutivo de sus facultades”.³⁰⁹ Además, esta ley plantea criterios fundamentales que deben ser cumplidos no sólo por las personas dedicadas a brindar atención directa a niñas, niños y adolescentes en el sector público y privado, sino por toda instancia encargada de la administración e implementación de políticas públicas en la materia, para lo cual debe estar capacitada y sensibilizada en temas de derechos humanos de niñas, niños y adolescentes.³¹⁰ Al respecto de la ley local, la CDHDF celebró su aprobación al constituir un avance sustantivo en materia de los derechos de las niñas, niños y adolescentes,³¹¹ sin embargo, señala que queda pendiente aún la elaboración de su reglamento.

Si bien hay retos a nivel constitucional para avanzar en el reconocimiento de las y los adolescentes y sus derechos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos, la aprobación e implementación de estas dos leyes abona al cumplimiento del Estado mexicano en su obligación de crear y adecuar la normatividad dirigida a proteger los derechos humanos de la población adolescente, ya analizada en el capítulo dos de este informe.

Legislación sobre derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente

A pesar de los esfuerzos y logros alcanzados en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes en años anteriores, el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos aún es incipiente en la legislación a nivel federal, y confusa a nivel local. La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes no reconoce de manera explícita estos derechos, únicamente hace referencia a servicios de asesoría y orientación sobre salud sexual y reproductiva, al mencionar las obligaciones del Estado en materia de protección a la salud. Lo anterior impide tener claridad respecto del contenido de estos derechos y de las obligaciones tanto del Estado como de los actores no estatales en esta materia.

La ley local tampoco incluye los derechos sexuales y reproductivos en el catálogo de derechos de niñas, niños y adolescentes del Distrito Federal,³¹² aunque sí los menciona en el cuerpo de la norma como parte del derecho a la salud. En este sentido, el avance lo constituye la Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes en el Distrito Federal, que reconoce de manera explícita que las personas jóvenes –incluyendo entre ellas a las personas de 12 a 17 años de edad– tienen “el derecho a disfrutar del ejercicio pleno de su sexualidad y a decidir de manera consciente y plenamente informada sobre su cuerpo, incluyendo el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE), así como a decidir libremente sobre su orientación y preferencia sexual, identidad de género o expresión de rol de género”.³¹³ Es decir, a nivel local persiste una ambigüedad en relación con las personas adolescentes, pues las leyes referidas no les reconocen de manera similar sus derechos sexuales y reproductivos.

En relación con el derecho a la salud sexual y reproductiva, se reconoce el derecho a la protección de la salud tanto en la Ley General de Salud como en la Ley de Salud del Distrito Federal,³¹⁴ y es aplicable a cualquier persona independientemente de su sexo, edad o condición. Tanto la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes como la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México especifican este derecho para las y los adolescentes en

términos más amplios, al referirlo como el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud en concordancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos. En particular estas dos últimas leyes puntualizan que el derecho de este grupo de población contempla que reciban atención médica integral,³¹⁵ gratuita y de calidad, con la finalidad de prevenir, proteger y restaurar su salud.³¹⁶ En específico sobre el tema de la sexualidad, la Ley de Salud del Distrito Federal establece como prioritaria la atención a la salud sexual, reproductiva y de planificación familiar, al ser un medio para garantizar el ejercicio del derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, con pleno respeto a la dignidad.³¹⁷ Así, esta ley determina que el gobierno promoverá y aplicará, de forma permanente e intensiva, políticas y programas integrales de educación y capacitación sobre salud sexual, derechos reproductivos y maternidad y paternidad responsables.³¹⁸ Además, señala que entre los servicios que se prestarán están la realización de campañas intensivas de información y orientación de salud sexual y reproductiva,³¹⁹ la distribución gratuita de condones a la población demandante (haciendo énfasis en los grupos de riesgo),³²⁰ el fomento de la prevención de embarazos no planeados,³²¹ el establecimiento de los mecanismos idóneos para la adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de atención sexual, reproductiva y de planificación familiar,³²² entre otros.

Por su parte, la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México aterriza la obligación gubernamental de garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes; de esta manera, esta ley señala que las autoridades de la ciudad y los órganos político administrativos (delegaciones) deberán impulsar las acciones necesarias para garantizarlos, ofreciendo servicios gratuitos y profesionales en materia de salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes, brindándoles asesoría y orientación gratuita al respecto, previniéndoles de embarazos, y desarrollando campañas de comunicación masiva para prevenir el abuso sexual, entre otras medidas.³²³ En todos los casos en que se proporcionen servicios de salud a este grupo de población se respetará su derecho a la intimidad y a un trato digno,³²⁴ además las autoridades deberán disponer lo necesario para que el cuerpo médico, de enfermería, trabajo social y administrativo de clínicas, establecimientos de salud y hospitales del sector público y privado que los atienden, estén debidamente capacitados y sensibilizados con respecto a sus derechos humanos.³²⁵ Por su parte, la Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes en el Distrito Federal hace énfasis en la importancia de crear en los servicios médicos de salud del primer nivel un modelo de prevención y atención a la salud sexual y reproductiva que se enfoque a la población joven, que sea amigable y respetuoso, y que garantice el consentimiento libre e informado de las y los jóvenes usuarios.³²⁶

Es de particular relevancia señalar que en México existe un conjunto de regulaciones técnicas expedidas por las dependencias de la administración pública federal conocidas como normas oficiales mexicanas (NOM), las cuales son de observancia obligatoria en todo el país y establecen reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, o refieren a su cumplimiento o aplicación.³²⁷ En particular, la Secretaría de Salud federal ha emitido NOM relativas a características y/o especificaciones, criterios y procedimientos que permiten proteger y promover la salud de las personas.³²⁸ Aunque las NOM hayan sido expedidas por instancias federales, dada su naturaleza deben ser cumplidas en todo el territorio nacional sin importar el orden de gobierno

del que se trate, o incluso, si se es un ente particular. Estas normas abonan al cumplimiento por parte del Estado mexicano de proteger los derechos al regular la prestación de servicios que proporcionen actores no estatales a las y los adolescentes; sin embargo, queda pendiente avanzar en el establecimiento de mecanismos de denuncia que permitan alertar sobre repercusiones negativas en los derechos de la población, que surjan a partir de las actividades y los servicios que prestan los entes privados, para proteger a las y los adolescentes de posibles vulneraciones a sus derechos.

En relación con la población adolescente se cuenta con la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015 para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años, instrumento que especifica que para promover el acceso y uso de los servicios de salud sexual y reproductiva de esta población, el personal de salud que proporcione la atención debe brindarla “con respeto, confidencialidad, privacidad, en un ambiente amigable y de confianza, conforme a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez”; además debe “fomentar la participación de las y los adolescentes mediante acciones de información, educación y comunicación incluyendo la educación entre pares y metodologías participativas”.³²⁹

Como se observó, tanto la Ley de los Derechos para las Personas Jóvenes de la Ciudad de México como la NOM mencionada abonan al cumplimiento de la obligación estatal de respetar los derechos de las y los adolescentes, al contemplar servicios especializados de prevención y atención a la salud sexual y reproductiva, basados en las necesidades específicas de este grupo de población, la confidencialidad y la atención respetuosa en los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a no recibir malos tratos sexuales.

SERVICIOS DE CONSEJERÍA Y ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Otro aspecto incluido en la Ley de Salud de la ciudad y que se debe destacar es la responsabilidad del gobierno capitalino de proporcionar, de forma permanente y gratuita, servicios de consejería médica y social en materia de salud sexual y reproductiva, mediante los cuales se debe otorgar información, difusión y orientación en la materia, y suministrar constantemente métodos anticonceptivos cuya eficacia y seguridad estén acreditadas científicamente.³³⁰ Al respecto, también la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación local establece que en los servicios médicos de salud sexual y salud reproductiva deberá fortalecerse la accesibilidad, calidad y disponibilidad de una amplia gama de métodos anticonceptivos para las y los jóvenes.³³¹

De la misma manera, la NOM-047-SSA2-2015 señala que la consejería “se debe brindar en las unidades de salud, con perspectiva de género y derechos humanos, considerando la edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez de la o el adolescente”,³³² quien puede directamente solicitar al personal de salud consejería en materia de planificación familiar, salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y prevención del embarazo³³³ y elegir recibir el servicio sin acompañamiento de su madre, padre, tutor o tutora, solamente dejándose constancia de su elección,³³⁴ este servicio será brindado por lo menos por dos miembros del personal de salud.³³⁵ De cualquier manera, el personal de salud debe implementar estrategias para dar a conocer a las y los adolescentes “los beneficios y las alternativas para postergar el inicio de un embarazo y prevenir las [infecciones de transmisión

sexual] ITS, mediante el uso simultáneo de un método anticonceptivo, sexo seguro y protegido, incluyendo el uso correcto y consistente del condón”.³³⁶ Lo anterior permite concluir que la normatividad vigente se encuentra armonizada con los estándares internacionales en la materia, dado que reconoce derechos y obligaciones de las autoridades de proporcionar consejería en materia de derechos sexuales y reproductivos, así como el acceso libre a métodos anticonceptivos.

EDUCACIÓN SEXUAL

Con respecto al tema de la educación sexual, la Ley General de Salud establece que la educación, por una parte, debe crear conciencia sobre el cuidado de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planificación familiar, la maternidad y la paternidad responsables, en un marco de libertad y respeto a la dignidad humana y, por la otra, debe difundir los derechos y deberes de niñas, niños y adolescentes, y las formas con que cuentan para ejercerlos.³³⁷

A nivel local, la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal dispone como medidas positivas que deberán llevarse a cabo a favor de la igualdad de las niñas, niños y adolescentes: la impartición de educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad, la planificación familiar y el respeto al derecho humano a la no discriminación,³³⁸ el fomento de la permanencia de las niñas, niños y adolescentes en la educación básica y media superior,³³⁹ entre otras.

Por su parte, la Ley de Salud del Distrito Federal señala que la promoción de programas educativos en materia de servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar deben estar basados en los contenidos científicos y estrategias que establezcan las autoridades competentes.³⁴⁰ En específico, la Ley de Educación local dispone que el gobierno brinde educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad, la planificación familiar, la paternidad y maternidad responsable, observando en todo momento la libertad y el respeto absoluto a la dignidad de todas las personas.³⁴¹ Asimismo, le atribuye a la Secretaría de Educación del Distrito Federal la elaboración del Programa Escolar de Educación en la Sexualidad, el cual deberá contener, entre otros, los temas ya mencionados.³⁴²

En concordancia con la obligación del Estado en la materia, la ley local establece que la educación primaria deberá de ser introductoria sobre el conocimiento integral del cuerpo y la sexualidad, la reproducción humana, la planificación, la paternidad y maternidad responsables,³⁴³ en nivel secundaria estos conocimientos deberán de profundizarse³⁴⁴ y en el nivel media superior serán reforzados.³⁴⁵

SALUD MATERNA

En torno a la atención materna, la Ley General de Salud señala que toda mujer embarazada tiene derecho a obtener servicios de salud con estricto respeto de sus derechos humanos³⁴⁶ y en el capítulo relativo a la atención materno-infantil³⁴⁷ establece el deber de prestar atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica en las unidades con capacidad para

la atención de estas urgencias, sin importar si son o no derechohabientes o afiliadas a cualquier esquema de aseguramiento.³⁴⁸ Para el fortalecimiento de los servicios de salud materna, la Secretaría de Salud federal impulsará la participación de los sectores social y privado, y promoverá la creación de redes de apoyo en la materia, tanto a nivel federal como en las entidades federativas de la República mexicana, para facilitar que las mujeres embarazadas dispongan de información sobre los servicios de atención médica y obtengan apoyo para acceder a éstos.³⁴⁹

Al respecto de este tema, la Ley de Salud del Distrito Federal indica que el GDF tiene la obligación de brindar servicios integrales de atención materna, los cuales cubren la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, siendo esta acción de carácter prioritario.³⁵⁰ Por su parte, la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal especifica que en todo lo relacionado con salud sexual, reproductiva, materna y perinatal, se deberá brindar atención prioritaria a jóvenes embarazadas.³⁵¹

En este sentido, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México especifican que tanto la autoridades federales junto como las del GDF y las delegaciones se coordinarán para asegurar tanto la prestación de servicios de atención médica respetuosa, efectiva e integral durante el embarazo, parto o puerperio, como el acceso de las adolescentes a métodos anticonceptivos.³⁵²

Finalmente, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 establece los criterios técnicos y procedimientos para la atención médica antes, durante y después del parto; esta normatividad no hace ninguna mención especial a la situación específica en las que se encuentran las mujeres adolescentes embarazadas. Al contrario, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana, PROY-NOM-007-SSA2-2010, que se publicó en noviembre de 2012 para ser comentado en vista a sustituir la NOM de 1993 antes referida, señala que la atención médica que reciban las mujeres en edad fértil –como las adolescentes– deberá tener un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería, sin importar que se trate de instituciones públicas, privadas o sociales.³⁵³ Asimismo, sobre los parámetros de peso deseable que deben presentar las mujeres durante el embarazo, esta norma define que para las adolescentes es recomendable alcanzar el límite superior de la ganancia deseable.³⁵⁴ Después de más de tres años de haber sido sometido a revisión, este Proyecto no ha entrado en vigor; y en su portal de internet la Secretaría de Salud federal sigue reportando como vigente la versión de la norma oficial mexicana anterior.³⁵⁵

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La Ley General de Población, instrumento regulatorio de los fenómenos que afectan el volumen, estructura, dinámica y distribución de la población en el territorio nacional,³⁵⁶ crea el Consejo Nacional de Población (Conapo) que tiene a su cargo la planificación demográfica del país³⁵⁷ y contempla la realización de programas de planificación familiar, públicos y privados que respeten los derechos fundamentales, preserven la dignidad de las familias³⁵⁸ y promuevan la plena integración de las mujeres al proceso económico, educativo, social y cultural,³⁵⁹ entre otros.

En particular, el Reglamento de esta ley identifica la *planificación familiar* como el ejercicio del derecho a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de hijas e hijos, así como obtener información especializada y servicios idóneos;³⁶⁰ reitera la gratuidad de la información y los servicios de salud, educación y demás relacionados con la planificación familiar que presta el sector público;³⁶¹ y establece que la educación e información sobre esta temática tendrá que dar a conocer los beneficios de decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de hijas o hijos, y la edad para concebirlos, además establece que, al respecto, Conapo deberá proporcionar dicha información a las y los adolescentes y jóvenes.³⁶²

A nivel local, la Ley de Planeación Demográfica y Estadística para la Población del Distrito Federal señala al Consejo de Población del Distrito Federal como el encargado de llevar a cabo las acciones necesarias sobre planeación demográfica sustentable;³⁶³ aunque ningún artículo refiere a la población adolescente, sí establece la implementación de un diagnóstico poblacional de permanente actualización que tiene como objetivo reafirmar el principio de equidad entre hombres y mujeres, procurando erradicar toda forma de discriminación,³⁶⁴ entre otros.

Por otro lado, esta ley da atribuciones en materia poblacional a otras dependencias de la administración local, por ejemplo, a la Secretaría de Desarrollo Económico (Sedeco) le corresponde motivar a las organizaciones empresariales de la entidad para que en sus empresas, conjuntamente con el sector salud, faciliten a sus trabajadoras o trabajadores información y educación sobre planificación familiar y mejoramiento de la salud.³⁶⁵ Asimismo, la Secretaría de Desarrollo Social (Sedeso) debe fortalecer los objetivos institucionales del Consejo en lo referente a la planificación familiar, el desarrollo de la mujer y el fortalecimiento del núcleo familiar, con el propósito de fomentar la maternidad y paternidad responsables, contribuyendo al cambio de actitudes y conductas; para cumplirlo la Sedeso debe capacitar al personal responsable en la materia. Por su parte, la Sedesa realizará acciones de salud con el propósito de impulsar y promover la maternidad y paternidad responsables.³⁶⁶

Otro instrumento que establece medidas es el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el cual mandata que la Secretaría de Salud debe proporcionar la asesoría y apoyo técnico que requieran las instituciones de salud públicas, sociales o privadas, para la adecuada prestación de los servicios básicos de salud de planificación familiar,³⁶⁷ instituciones que deberán brindar de manera gratuita dentro de sus instalaciones información y orientación en la materia de acuerdo con las normas oficiales mexicanas correspondientes.³⁶⁸

Además de lo estipulado en los instrumentos anteriores, tanto la Ley General de Salud como la Ley de Salud del Distrito Federal ubican a la planificación familiar como un tema prioritario³⁶⁹ y señalan que la atención y los servicios que se prestan al respecto constituyen un medio a través del cual se garantiza el ejercicio del derecho de toda persona a decidir –de manera libre, responsable e informada– sobre el número y espaciamiento de hijas e hijos, con pleno respeto a su dignidad.³⁷⁰ En particular, la Ley General de Salud señala que los servicios de planificación familiar deben incluir información y orientación educativa para las y los adolescentes y jóvenes; y en ese sentido, para disminuir el riesgo reproductivo se informará, por ejemplo, sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años de edad y se brindará información anticonceptiva correcta, oportuna, eficaz y completa.³⁷¹

Por otra parte, la Ley de Salud local especifica que en la ciudad los servicios de planificación familiar y anticoncepción que promueva el gobierno tendrán como objetivo coadyuvar al pleno ejercicio de los derechos reproductivos con una visión de género y de respeto a los diversos grupos poblacionales, especialmente para niñas, niños, adolescentes y jóvenes, así como reducir el índice de interrupciones de embarazos, mediante la prevención de aquellos no planeados y no deseados, entre otros.³⁷²

Finalmente, la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar indica que las instituciones de salud, auxiliares comunitarios y personal médico privado deben proporcionar sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva servicios de planificación familiar, sin importar el motivo de la consulta o la demanda de servicios, especialmente a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.³⁷³ Los servicios de planificación familiar deben comprender: *a)* promoción y difusión; *b)* información y educación; *c)* consejería; *d)* selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, así como *e)* identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.³⁷⁴ Cabe señalar que el grupo específico de las y los adolescentes solamente se menciona como prioritario en materia de consejería,³⁷⁵ en la cual se proporcionará información completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos.³⁷⁶ Lo anterior resulta contradictorio con lo que establece el Comité de los Derechos del Niño en su Observación General núm. 15 respecto de los servicios de planificación familiar que, como se señaló en el capítulo anterior, deben situarse en el marco general de los servicios de salud sexual y reproductiva, y deben pensarse para que todas las parejas y personas adopten decisiones en materia de salud sexual y reproductiva en condiciones de libertad y responsabilidad.³⁷⁷

En cuanto a los métodos anticonceptivos, la NOM 005-SSA2-1993 los desglosa, especifica su efectividad, las indicaciones, las contraindicaciones, las precauciones, las formas de administración y el seguimiento a la usuaria y el usuario, entre otros aspectos. Para la prescripción de la mayoría de los métodos se establece la realización de un examen físico que incluye examen pélvico y toma de citología cérvico-vaginal, sin embargo, para el caso de las adolescentes se señala que éstos dos pueden ser realizados en consultas subsecuentes, lo cual puede ayudar a que las adolescentes que están solicitando información anticonceptiva que no hayan iniciado su vida sexual, pero que planeen hacerlo, no sean sometidas aún a este tipo de estudios.³⁷⁸

Con respecto a los criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, la normatividad contempla la sugerencia establecida a nivel internacional en cuanto a que se debe poner a disposición de las y los adolescentes sexualmente activos todos los métodos anticonceptivos de corto plazo y largo plazo. Al respecto, la NOM indica que en los casos de los métodos anticonceptivos permanentes si las o los adolescentes quieren acceder a éstos se le solicita autorización escrita del consentimiento informado de la persona usuaria (firma o huella dactilar) o de la o el representante legal.³⁷⁹

INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

La NOM-046-SSA2-2005 sobre violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención³⁸⁰ contempla que para el embarazo por violación, las instituciones públicas que proporcionen atención médica deben prestar servicios de aborto médico a solicitud de la

víctima interesada.³⁸¹ Cabe hacer notar que para que proceda el aborto médico de acuerdo con esta NOM, debe mediar la autorización de una autoridad competente en términos de la legislación aplicable, y que en caso de que la persona no haya alcanzado la mayoría de edad legal, su padre, madre, tutor o tutora deberá solicitar el servicio abortivo,³⁸² en cuyo caso, al tratarse de una niña u adolescente, se dará aviso al Ministerio Público;³⁸³ la NOM en comento no establece expresamente obligaciones análogas para instituciones de salud privadas.³⁸⁴

Lo anteriormente señalado contraviene los estándares internacionales de derechos humanos en la materia, que recomiendan que se debe garantizar el acceso al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores a éste –independientemente de si es o no legal–, así como tomar medidas para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos –como abortos ilegales– por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad; además de que no debe ser necesaria la autorización de madres, padres o tutores para realizarlo.³⁸⁵ Sobre este tema, en la normatividad de la ciudad capital existen estándares de protección más altos al haberse reformado el Código Penal para el Distrito Federal y la Ley de Salud local para despenalizar el aborto dentro de las primeras 12 semanas de gestación, reforma que impacta en favor no sólo de los derechos de las habitantes de la ciudad de México sino de otras entidades federativas donde esta práctica está penalizada o es inaccesible.³⁸⁶

Al respecto de la ILE, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal³⁸⁷ le atribuye a la Secretaría de Salud el deber de:

- I. A petición de la mujer interesada, practicar el examen que compruebe la existencia de su embarazo, así como su interrupción, en los casos relacionados con una solicitud de interrupción del mismo;
- II. Proporcionar a la mujer información imparcial, objetiva, veraz y suficiente sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable. Esta información deberá ser proporcionada de manera inmediata y no deberá tener como objetivo, inducir o retrasar la decisión de la mujer.

De igual manera, en el periodo posterior a la interrupción del embarazo, ofrecerá la orientación y apoyos necesarios para propiciar la rehabilitación personal y familiar de la mujer.

La Secretaría de Salud coordinará acciones con la Procuraduría con el fin de implementar los mecanismos necesarios para el debido cumplimiento a lo establecido en esta fracción; y

- III. Las demás que le atribuyan otros ordenamientos legales.³⁸⁸

Por su parte, la Ley de Salud del Distrito Federal establece que el GDF deberá proporcionar servicios de interrupción del embarazo en forma gratuita y en condiciones de calidad, y que para ello las instituciones de salud ofrecerán consejería médica y social, información veraz y oportuna, así como otras opciones con las que pueden contar las mujeres además de la ILE,³⁸⁹ y apoyo médico a quienes opten por interrumpir su embarazo.³⁹⁰ Las instituciones de salud están obligadas a efectuar en un término no mayor a cinco días la interrupción del embarazo, contados a partir de que se presenta la solicitud.³⁹¹ En el caso de que el médico que vaya a practicar la ILE tenga creencias religiosas o convicciones personales contrarias a este procedimiento, está obligado a referir a la mujer con un médico no objetor, y cuando la interrupción del embarazo se vaya a realizar para salvaguardar la

salud o la vida de la mujer, no podrá invocarse la objeción de conciencia; en particular, el GDF tiene la obligación de garantizar la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal de salud no objetor de conciencia, respecto de este procedimiento.³⁹²

A pesar de los avances alcanzados, el Manual de procedimientos para la interrupción legal del embarazo en las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal señala que la práctica del procedimiento para la ILE solo podrá realizarse a solicitud de la mujer embarazada, sin embargo, establece como condición que

[l]a mujer tenga hasta 12 semanas de gestación, que decida de manera voluntaria la interrupción de su embarazo, argumentado condiciones desfavorables de tipo social, económico o familiar; como puede ser la precariedad económica, estar cursando estudios en escuelas de nivel medio, medio superior, superior o postgrados o la disolución de lazos de afectividad familiar, entre otras.³⁹³

Por otra parte, este manual también establece que las autoridades y el personal médico y paramédico que participen en la práctica de estos procedimientos proporcionarán un trato digno a la mujer, respetarán su integridad física, sus derechos y la confidencialidad, sólo podrán proporcionar información del caso a la interesada, a las personas que ella autorice o a la autoridad del hospital, quedando estrictamente prohibido informar a cualquier otra persona.³⁹⁴ Asimismo, el manual señala que el personal médico adscrito al primer nivel de atención y a los hospitales de segundo nivel que no tengan capacidad técnica para llevar a cabo la ILE referirán los casos de manera adecuada, responsable y oportuna, a los hospitales donde se practique el procedimiento.

Para el caso específico de las y los adolescentes, el documento referido señala que cuando la mujer embarazada sea menor de edad, el personal médico tratante deberá recabar la firma o huella digital de consentimiento del padre, madre, quien ejerza la patria potestad, tutor o responsable legal en el formato Consentimiento Informado de la Usaria para la Interrupción Legal del Embarazo (ECHA-16.1.1). Así, lo anterior vulnera la autonomía de las adolescentes, así como sus derechos sexuales y reproductivos, en particular al consentimiento libre e informado, a la privacidad, así como a solicitar servicios de salud confidenciales con independencia de la anuencia de madres, padres o tutores, incluso a un tratamiento confidencial.

Legislación sobre el derecho a una vida libre de violencia

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal establecen los principios y criterios para garantizar el acceso a una vida libre de violencia y la coordinación entre los tres niveles de gobierno e interinstitucional para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia.³⁹⁵ Asimismo, instauran el deber de prevenir, prestar atención a víctimas de violencia,³⁹⁶ el establecimiento de refugios³⁹⁷ y la responsabilidad administrativa que se causa por el incumplimiento de la ley,³⁹⁸ el establecimiento de alertas de violencia de género,³⁹⁹ de órdenes de protección precautorias y cautelares,⁴⁰⁰ entre otros aspectos.

La Ley General contempla que en todos los ámbitos gubernamentales se expidan normas jurídicas, se tomen medidas presupuestales y administrativas para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.⁴⁰¹ A pesar de esto, las medidas de protección que contempla están notoriamente orientadas hacia las víctimas de violencia doméstica⁴⁰² y no se establecen medidas específicas de protección para los demás tipos de violencia.⁴⁰³

En lo que respecta al Distrito Federal, su ley en la materia reconoce como uno de los tipos de violencia a la realizada contra los derechos reproductivos, diferenciándola de la sexual, que a la letra dice:

Artículo 6º. Los tipos de violencia contra las mujeres son:

- v. Violencia sexual: Toda acción u omisión que amenaza, pone en riesgo o lesiona la libertad, seguridad, integridad y desarrollo psicosexual de la mujer, como miradas o palabras lascivas, hostigamiento, prácticas sexuales no voluntarias, acoso, violación, explotación sexual comercial, trata de personas para la explotación sexual o el uso denigrante de la imagen de la mujer;
- vi. Violencia contra los derechos reproductivos: Toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por la ley para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia.⁴⁰⁴

Asimismo, la ley local indica que a la Sedesa le corresponde generar y difundir información sobre los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la ILE, la salud mental, así como todos aquellos temas tendientes a prevenir la violencia contra las mujeres.⁴⁰⁵ Entre las atribuciones que asigna esta Ley a la Procuraduría en materia de acceso a la justicia están el que cuando la mujer sea víctima menor de edad, la atención debe ser proporcionada por personal especializado.⁴⁰⁶

Por su parte, la NOM-046-SSA2-2005 sobre violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención indica que se debe informar a las víctimas de violencia familiar o sexual que tienen el derecho a denunciar los hechos en su contra, a acceder a centros de apoyo a su disposición, a tener un seguimiento médico, psicológico y de trabajo social, así como a recibir información sobre lo que tiene que hacer para acceder a los servicios de atención, protección y defensa.⁴⁰⁷ Con este interés, la NOM contempla que las personas que brinden atención médica reciban periódicamente sensibilización, capacitación y actualización en materia de violencia familiar o sexual.⁴⁰⁸

Otra de las NOM es la relacionada con la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años, la cual establece que el personal de salud debe “realizar las acciones de prevención, atención y referencia de los casos de violencia que detecte” entre las y los adolescentes.⁴⁰⁹ En caso de observar alguna situación, el personal debe proceder conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 y realizar durante la consulta médica una entrevista focalizada para identificar los tipos y ámbitos en que se manifiesta;⁴¹⁰ si la violencia es sexual tiene que ofertar

la prueba de detección para VIH, el tratamiento preventivo profiláctico de antirretrovirales, para evitar en la medida de lo posible la infección por VIH y la pastilla de anticoncepción de emergencia, la cual, debe ser ofertada en los primeros días posteriores a la relación sexual y hasta en un periodo máximo de 120 horas, para evitar embarazos no deseados. Para ello, se debe referir a los servicios de atención especializados con los que cada institución cuente, y tratándose de menores de edad el personal de salud debe incluir la participación de la madre, padre, tutor o quien lo represente legalmente de acuerdo con las disposiciones aplicables.⁴¹¹

Legislación sobre el derecho a la igualdad y a la no discriminación

IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

La Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, norma que debe ser observada por los tres ámbitos gubernamentales, ordena la creación de una política nacional en la materia⁴¹² y entre sus objetivos está eliminar los estereotipos que fomentan la discriminación y la violencia contra las mujeres.⁴¹³ Para lograr su propósito, la ley establece que las autoridades correspondientes deberán vigilar la integración de una perspectiva de género en todas sus políticas públicas.⁴¹⁴ Es de resaltar que esta ley, a pesar de atribuir a las autoridades la obligación de promover la utilización de lenguaje con perspectiva de género, no cuenta con dicho enfoque.⁴¹⁵

En el ámbito local, la Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres también contempla la elaboración y ejecución de una política en materia de igualdad sustantiva,⁴¹⁶ en la cual se deberán establecer medidas para erradicar la violencia de género y la violencia familiar, proteger los derechos sexuales y reproductivos y sus efectos en los ámbitos público y privado.⁴¹⁷ No obstante, un problema identificado es que la evaluación de los avances de esta ley esté genéricamente atribuida a *los entes públicos*,⁴¹⁸ esta falta de claridad dificulta la rendición de cuentas y es contraria a los estándares de derechos humanos en la materia cuando señalan que los Estados deben rendir cuentas a la ciudadanía y contar con los mecanismos y las instituciones apropiadas tanto para aplicarlos como para vigilar la observancia práctica del principio de igualdad entre hombres y mujeres.

Por lo que hace a las leyes que protegen específicamente el derecho a la no discriminación,⁴¹⁹ tanto la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación como la ley local respectiva coinciden al establecer como *discriminación* al hecho de negar, limitar u ocultar información relativa a los derechos sexuales y reproductivos, así como impedir el libre ejercicio del derecho a decidir el número y espaciamiento de las hijas y los hijos.⁴²⁰ En particular, la Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación del Distrito Federal especifica como conductas discriminatorias el obstaculizar, limitar, negar o condicionar: los servicios de salud y la accesibilidad, tanto a los establecimientos que los prestan como a los bienes que se requieran para brindarlos; la obtención de información suficiente relativa al estado de salud; y a tener participación plena en las decisiones sobre los tratamientos médicos o terapéuticos.⁴²¹ Estas normas protegen y se aplican a las y los adolescentes, en virtud de su derecho a no ser discriminadas por algún motivo que se relacione con su sexo, género, edad u otra condición.

Para el caso particular de las mujeres, la ley local estipula que los entes públicos deben realizar medidas positivas a favor de la igualdad de oportunidades para ellas, entre las que destacan: brin-

dar atención, asistencia, información, educación y asesoría en temas de salud sexual y reproductiva, de forma completa, actualizada, personalizada y libre de cualquier estereotipo, prejuicio o estigma, garantizando y promoviendo así el derecho a la igualdad y la no discriminación.⁴²²

Estas normas significan un avance en el reconocimiento de la obligación de respetar del Estado mexicano que implica abstenerse de discriminar a la población en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, el reto es avanzar en garantizar que las adolescentes en particular no sean discriminadas.

En relación con el tema de embarazo, tanto a nivel federal como en el ámbito local, las leyes mencionadas, en apego a los instrumentos internacionales de derechos humanos antes referidos, prohíben cualquier conducta de discriminación por motivo de embarazo.⁴²³ El reto es avanzar para que ninguna adolescente sea discriminada por su estado de gravidez, o por algún otro motivo que se relacione con su sexo, género, edad u otra condición, tal como lo incluyen los estándares internacionales en la materia.

IGUALDAD SUSTANTIVA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

Como lo establece el artículo 3º constitucional, en México toda persona tiene derecho a recibir educación,⁴²⁴ aspecto que se reafirma tanto en la Ley General de Educación⁴²⁵ como en la Ley de Educación del Distrito Federal,⁴²⁶ las cuales además especifican el poder acceder y permanecer con igualdad de oportunidades en los servicios educativos, entre otros aspectos.⁴²⁷

Respecto del último punto, la Ley General establece que las autoridades educativas deberán atender a quienes abandonaron el sistema regular, y se encuentran en rezago educativo, con la finalidad de que concluyan la educación básica y media superior, otorgando facilidades de acceso, reingreso, permanencia, y egreso a las mujeres.⁴²⁸ Asimismo, se establece el deber de desarrollar programas con perspectiva de género, otorgar becas y demás apoyos económicos preferentemente a las y los estudiantes que enfrenten condiciones económicas y sociales que les impidan ejercer su derecho a la educación.⁴²⁹ A partir de estos postulados, frente a los casos de adolescentes embarazadas, el Estado debe atenderlas y apoyarlas para que continúen con sus estudios.

Al respecto del tema educativo, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes indica que las y los adolescentes deben gozar del derecho a una educación que contribuya al conocimiento de todos sus derechos y establece que ésta debe ser brindada desde un enfoque de derechos humanos, igualdad sustantiva y respeto a su dignidad;⁴³⁰ y dispone que en todos los niveles de gobierno, incluido el del Distrito Federal, se deben implementar acciones afirmativas que garanticen el acceso pleno y permanente de niñas y adolescentes embarazadas, acciones que tendrán que imponer facilidades para su reingreso y el egreso en el sistema educativo.⁴³¹

Desde el enfoque de derechos es de particular relevancia lo que establece la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México, al señalar que las autoridades locales tienen la obligación de promover un entorno educativo tendiente a eliminar las barreras sociales y culturales que impidan la asistencia de las adolescentes embarazadas a las escuelas;⁴³² de la misma manera, es pertinente señalar la puntualización que hace esta ley al establecer el deber de implemen-

tar acciones afirmativas que garanticen el ingreso y la permanencia en el sistema escolar a las adolescentes embarazadas, facilitando su reingreso y promoviendo el egreso de las mismas.⁴³³

Por otro lado, la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal impone a los entes públicos que lleven a cabo medidas que permitan garantizar el acceso pleno al derecho a la educación, mediante una cultura de respeto al derecho a la igualdad y a la no discriminación de las personas, grupos y comunidades en situación de discriminación, a través de la sensibilización y capacitación en materia de derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, enfoque de género e igualdad y no discriminación tanto para el personal docente y auxiliar de educación, como para directivos, estudiantes, madres y padres de familia de las escuelas de nivel primaria y secundaria del Distrito Federal.⁴³⁴ En particular, dicha ley local establece que se considerará como *discriminación* el hecho de quitar de la matrícula de cualquier centro educativo a una persona por su condición de embarazo,⁴³⁵ el reto es que esta disposición se cumpla y que realmente se garantice que las adolescentes no sufran vulneración alguna a sus derechos.

El análisis de las normas relacionadas con el embarazo en la adolescencia y sus derechos sexuales y reproductivos da cuenta de la dispersión normativa existente y aplicable en la materia; más aún, el avance en el reciente reconocimiento de la adolescencia como un grupo de población distinto a la infancia que debe ser analizado de manera particular para atender sus necesidades, es un desafío sobre el que se debe trabajar para caminar hacia el reconocimiento, respeto, garantía, protección y promoción de sus derechos humanos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos.

Instituciones involucradas y medidas implementadas en el Distrito Federal

Para completar el análisis de los avances y retos en materia de prevención y atención del embarazo en adolescentes, desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos se revisan en este apartado los programas y las medidas implementadas a nivel federal, y por varias de las dependencias gubernamentales del Distrito Federal, con la finalidad de identificar los esfuerzos puestos en marcha por las autoridades para transformar sus compromisos con los derechos humanos y lograr los resultados asociados a la realización de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.

Programas generales

PROGRAMAS EN EL DISTRITO FEDERAL

En el ámbito local, el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018 (PGDDF) es el instrumento que establece los objetivos, las metas y líneas de acción que son la base para la definición de las políticas y acciones públicas a implementarse en la ciudad hasta 2018. A partir de éste se elaboran los programas sectoriales, institucionales, parciales y especiales, y se desarrolla la

programación, presupuestación y evaluación de éstos, conforme lo indica la Ley de Planeación.⁴³⁶ En el siguiente cuadro se identifica de qué manera el Programa General de Desarrollo aborda el embarazo en adolescentes y qué acciones establece para atender el tema.

Líneas de acción del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018
en materia de embarazo en adolescentes y derechos sexuales y reproductivos

Programa General de Desarrollo del Distrito Federal				
Eje 1 Equidad e inclusión social para el desarrollo humano				
Problema	Área de oportunidad	Objetivo	Meta	Línea de acción
El embarazo y la maternidad en adolescentes sigue siendo un problema que requiere atención.	Salud.	2. Lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud. ⁴³⁷	2. Mejorar la atención médica y de los servicios de salud sexual y reproductiva respecto a las personas en situación de vulnerabilidad.	Fortalecer las acciones de vigilancia durante el embarazo, parto y puerperio. Fortalecer las acciones para disminuir embarazos no planeados en adolescentes. Promover la prevención y atención a la salud de la población infantil, adolescente y mujeres. Realizar campañas de difusión de los servicios de interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal.
	Educación.	2. Aumentar la equidad en el acceso a una educación formal, con estándares de calidad y abatir la deserción escolar, con especial atención hacia la situación de vulnerabilidad.	1. Generar mecanismos e instrumentos para que las personas en edad de estudiar en situación de vulnerabilidad accedan a una educación con calidad.	Establecer e institucionalizar otros programas específicos de atención educativa a personas en condiciones de vulnerabilidad o necesidades educativas especiales: adolescentes embarazadas, entre otros grupos.
La mala nutrición en las mujeres embarazadas aumenta el riesgo de mortalidad materna. En el Distrito Federal 8.1% de las mujeres de entre 12 y 19 años sufre anemia.	Alimentación. Inseguridad alimentaria y malnutrición en grupos de población en situación de vulnerabilidad.	1. Contribuir a la consecución de seguridad alimentaria y una menor malnutrición de los habitantes de la entidad, en particular de grupos en situación de vulnerabilidad como por sexo o edad.	1. Incrementar el acceso a alimentos nutritivos, balanceados y de buena calidad por parte de la población del Distrito Federal.	Asegurar que las mujeres de escasos recursos tengan acceso a una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018, pp. 23, 31 y 42.

Como se observa en el cuadro anterior, si bien el embarazo en adolescentes está identificado como un problema que requiere ser abordado, el PGDDF carece de una estrategia dirigida a atenderlo de manera directa y adecuada conforme al desarrollo evolutivo de las adolescentes, esto a pesar también de que se tienen obligaciones reforzadas y prioritarias frente a este grupo de población, tal como

se identificó en el segundo capítulo. De manera general, el PGDDF establece medidas en relación con tres derechos (salud, alimentación y educación), con un enfoque de atención especial hacia personas en situación de vulnerabilidad –entre las que ubica a las adolescentes embarazadas– y con ello identifica la falta de un enfoque que priorice la atención de las necesidades específicas de éstas. Aunque en el Tercer Informe de Gobierno del Distrito Federal⁴³⁸ se mencionan acciones en materia de atención a salud sexual de la población en general, no se refiere el grado de cumplimiento de las metas y líneas de acción antes mencionadas. En particular, no se observa ninguna gestión ni programa específico enfocado a la atención educativa de adolescentes embarazadas para abatir que deserten de la escuela y más aún –como se verá más adelante– no se cuenta con información que permita identificar cuántas adolescentes presentan esta condición.

Por su parte, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, que establece las rutas prioritarias –a mediano y largo plazo– en materia sanitaria a seguirse en la ciudad,⁴³⁹ retoma el tema y detalla en su diagnóstico el contexto en el que se presenta el embarazo en adolescentes capitalinas, los riesgos que implica, su multicausalidad y hace énfasis en la necesidad de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y al uso de anticonceptivos para prevenir los embarazos no planeados en edades tempranas.⁴⁴⁰ A partir de la meta 2 del área de oportunidad de salud delimitada en el PGDDF (instrumento del cual se deriva), el Programa Sectorial de Salud establece como meta sectorial lograr fortalecer las acciones de salud integral en materia de prevención y atención médica de la salud sexual y reproductiva de la población –entre ella la de adolescentes–, a través de acciones de promoción, atención, difusión, asesoría y canalización, con énfasis en la prevención del embarazo no planeado, la ILE, enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/sida y salud mental.⁴⁴¹ Asimismo, se definen indicadores para evaluar los avances en el cumplimiento de estas acciones, cuatro políticas e instituciones con las que se coordinará la Secretaría de Salud para implementarlas, y en particular destaca el fortalecimiento de las acciones para disminuir embarazos no planeados en adolescentes, a realizarse junto con la Secretaría de Educación y el Instituto de la Juventud del Distrito Federal (Injuve-DF).⁴⁴² A pesar de lo anterior, el informe de actividades de la Secretaría de Salud de 2015 no presenta avances a partir de los indicadores mencionados.⁴⁴³

Con respecto al Segundo Programa General de Oportunidades y No Discriminación hacia las Mujeres de la Ciudad de México 2013-2018, este instrumento no tiene líneas de acción dirigidas exclusivamente a las adolescentes, pero sí establece acciones en materia de embarazo y derechos sexuales que en particular impactan sus derechos. Así, este Programa señala como estrategia la atención integral de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, como meta el mejorar su acceso a estos servicios, y como líneas de acción las siguientes:

- 4.3.1 Difundir el marco jurídico internacional, regional, nacional y local en la materia, a fin de avanzar en el reconocimiento y apropiación por parte de las mujeres sobre de sus Derechos Sexuales y Reproductivos.
- 4.3.2 Asegurar que los métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, que se proporcionan en los servicios de salud se distribuyan con base en protocolos que tomen en cuenta las condiciones particulares de cada mujer: edad, orientación sexual, número de hijas e hijos, condiciones de salud u otros factores que coadyuven a la toma de decisiones responsables, libres e informadas.
- 4.3.3 Crear, promover y/o reforzar campañas que promuevan la prevención, detección y atención integral de

embarazos no deseados y enfermedades como el VIH/sida, el virus del papiloma humano (VPH), o de problemáticas en adolescentes, jóvenes y adultas, así como su derecho a optar por un aborto legal en los servicios médicos del Gobierno del Distrito Federal.

- 4.3.4 Diseñar una estrategia eficaz de prevención de infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH/sida) y de promoción de métodos anticonceptivos entre las y los adolescentes y jóvenes que incluya campañas educativas.
[...]
- 4.3.11 Fomentar el acceso a los servicios de salud y la vigilancia médica de todas las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.
- 4.3.12 Monitorear y evaluar las acciones que tienen como objetivo reducir la mortalidad materna.
- 4.3.13 Mejorar la calidad y calidez de la atención durante el embarazo y el parto.
- 4.3.14 Informar a las mujeres embarazadas sobre la posibilidad de interrumpir legalmente su embarazo, en caso de que su salud esté en riesgo.
- 4.3.15 Otorgar a las mujeres de escasos recursos becas económicas que le garanticen una nutrición adecuada, durante el embarazo y lactancia.
- 4.3.16 Diseñar y difundir por medio de campañas informativas materiales especializadas sobre los cuidados y los factores de riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio, estos materiales deben considerar el caso de mujeres que viven con VIH/sida y sus hijas/os.

Al respecto de esta estrategia, su meta y las líneas de acción señaladas en el Tercer Informe de Gobierno del Distrito Federal se reportan como tema pendiente de cumplir al presentar el nivel de avance más bajo, con sólo 13% de cumplimiento, mientras otras estrategias de este programa van de 39 a 85%. Más aún, las acciones reportadas que permitieron este porcentaje de cumplimiento están dirigidas a la detección de enfermedades (cáncer de mama y cérvicouterino, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares) y no hacia el reconocimiento y apropiación de los derechos sexuales y reproductivos, al acceso a servicios de atención materna durante el embarazo con calidad, a prevenir embarazos no deseados, ni estrategias de promoción de métodos anticonceptivos entre las y los adolescentes, tal como se establece en el programa.⁴⁴⁴

Por otra parte, el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal (PDHDF),⁴⁴⁵ instrumento que establece las bases de las políticas públicas con enfoque de derechos humanos en la ciudad, contempla un conjunto de estrategias y líneas de acción a seguirse, así como las instituciones públicas responsables de implementarlas para avanzar en el goce y la garantía de los derechos humanos.

Líneas de acción en materia de embarazo en adolescentes y derechos sexuales y reproductivos en el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal 2009

Estrategia	Línea de acción
Promover el acceso de la población, incluyendo a las y los jóvenes, a métodos anticonceptivos diversos.	1368. Diseñar y desarrollar campañas de sensibilización y promoción de la anticoncepción y proporcionando métodos anticonceptivos diversos que respondan a las necesidades específicas de las personas.
Garantizar la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgos a través de servicios de calidad y calidez que contemplen la asistencia durante el embarazo, incluyendo la atención obstétrica de emergencia, el parto y el puerperio, otorgándolos de manera gratuita cuando sea necesario.	1377. Girar instrucciones escritas, precisas y contundentes a las y los servidores públicos de las unidades de gineco-obstetricia de la red hospitalaria del Distrito Federal, a fin de que en todos aquellos casos en los que se valore a una paciente y existan o se presenten signos de alarma sobre su embarazo, parto, puerperio, y/o se trate de emergencias obstétricas, se realice de forma pronta y eficaz el tratamiento idóneo para preservar la salud e integridad física de la madre y el hijo o hija.
Difundir y promover los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde un enfoque de derechos humanos, de género, diversidad sexual y no discriminación e igualdad.	1388. Diseñar, implementar y evaluar periódicamente una política integral de educación en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, incluyendo particularmente la salud sexual, la salud reproductiva y la maternidad y paternidad responsables, dirigida a la población en general.
Crear mecanismos para garantizar el acceso e incrementar la asistencia de las mujeres jóvenes [...] a los centros educativos, y garantizar su permanencia en los mismos.	1389. Diseñar e implementar políticas y programas de sensibilización y capacitación para las y los profesores de educación media superior sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos, y exhortar a que se haga lo mismo en todas las escuelas de educación básica y media superior que dependen del nivel federal.
Incrementar en todos los niveles la atención, prevención, accesibilidad y la prestación adecuada de servicios especializados en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres.	1420. Realizar un diagnóstico y actualizarlo de manera permanente, que permita conocer el número de mujeres que no asiste a las preparatorias de la ciudad de México y a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), por cuestiones de [...] embarazo. ⁴⁴⁶
Incrementar en todos los niveles la atención, prevención, accesibilidad y la prestación adecuada de servicios especializados en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres.	1465. Implementar y evaluar campañas de prevención y atención en las preparatorias de la ciudad de México sobre el embarazo en mujeres menores de 18 años, así como infecciones de transmisión sexual.
Incrementar las campañas de difusión y formación en materia de salud sexual y salud reproductiva para las mujeres.	1468. Crear y evaluar programas especializados en los centros de salud públicos de todos los niveles de atención, que permitan el ejercicio del derecho a la salud sexual y salud reproductiva, a través de la prestación de los siguientes servicios: a) Orientación a mujeres jóvenes sobre métodos anticonceptivos, formas de concepción, interrupción legal del embarazo y apoyo psicológico. [...] d) Capacitación sobre derechos sexuales y derechos reproductivos y una educación integral sobre sexualidad.
	1569. Diseñar, implementar y evaluar un programa de capacitación permanente, en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, dirigido a las y los servidores públicos prestadores de servicios de salud, cuyos objetivos principales sean: a) La erradicación de conductas discriminatorias en la prestación del mismo. b) La exigibilidad plena del derecho por parte de las usuarias de los servicios de salud.
	1470. Diseñar, implementar y evaluar campañas de difusión y sensibilización, dirigidas a las mujeres estudiantes y al equipo docente de las instituciones de educación media y superior sobre: a) Derechos sexuales y derechos reproductivos. b) Los mecanismos de exigibilidad que tienen estos derechos.

Líneas de acción en materia de embarazo en adolescentes y derechos sexuales y reproductivos en el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal 2009 (continuación)

Estrategia	Línea de acción
<p>Aumentar con perspectiva de género, la disponibilidad, calidad y accesibilidad de los programas y servicios de prevención y atención a la salud sexual y salud reproductiva de las y los jóvenes del Distrito Federal.</p>	<p>1605. Elaborar un diagnóstico, respecto a la disponibilidad, calidad y acceso que tiene la población de 12 a 17 años de edad, respecto al ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.</p>
	<p>1607. Proporcionar información accesible a la población entre 12 y 17 años sobre sus derechos a la salud sexual y salud reproductiva, a través de programas de difusión en los diversos espacios en los que se desarrollan.</p>
	<p>1610. Difundir desde el enfoque de derechos humanos, a través de diversos medios de comunicación masiva, la información respecto de la interrupción legal del embarazo (ILE) para las y los jóvenes.</p>
	<p>1611. Crear y evaluar nuevos programas de salud sexual y salud reproductiva basados en una perspectiva de derechos humanos y de género, que prevengan la incidencia de los embarazos [...] entre las y los jóvenes de 12 y 17 años de edad.</p>
	<p>1612. Proporcionar a las jóvenes embarazadas, la asistencia necesaria y acceso gratuito, para su atención y educación sanitarias.</p>
<p>Aumentar la cobertura de los servicios médicos integrales y de calidad entre la población juvenil.</p>	<p>1731. Diseñar y monitorear acciones urgentes con enfoque de derechos humanos para el otorgamiento de servicios de salud gratuitos y de calidad de la población juvenil en el Distrito Federal.</p>
<p>Fortalecer los servicios médicos de salud sexual y salud reproductiva, considerando la accesibilidad, calidad y disponibilidad de una amplia gama de métodos anticonceptivos para las y los jóvenes.</p>	<p>1733. Crear, implementar y evaluar un programa de capacitación formal dirigido al personal de salud, a fin de que se otorguen los servicios de atención y prevención desde la perspectiva juvenil con un trato cálido, respetuoso y no discriminatorio a las mujeres por parte del personal de salud, en particular para las mujeres jóvenes que solicitan atención ginecológica [...].</p>
	<p>1734. Implementar y evaluar en los servicios médicos de salud del primer nivel de atención un modelo de prevención y atención a la salud sexual y salud reproductiva que se enfoque a la población joven, principalmente a las mujeres, que permita consolidar modelos de servicios médicos "amigables".</p>
	<p>1735. Incrementar significativamente la disponibilidad gratuita de una amplia gama de métodos anticonceptivos en todos los centros de salud del Distrito Federal para la población juvenil, incluyendo la anticoncepción de emergencia, asegurándose de que las y los usuarios reciban la asesoría correspondiente a cada método.</p>
<p>Mejorar y ampliar la cobertura de los servicios de interrupción legal del embarazo enfocados a mujeres jóvenes.</p>	<p>1736. Capacitar y evaluar al personal de salud en todos los niveles y especialidades a través de cursos sobre perspectiva de género, juvenil y derechos humanos de las mujeres, con la finalidad de que brinden una atención libre de violencia y no exista a la hora de prestar servicios a las mujeres.</p>
	<p>1737. Fortalecer y evaluar el seguimiento de apoyo psicológico para las mujeres jóvenes que se realicen la ILE y así lo soliciten.</p>
	<p>1738. Realizar una evaluación permanente sobre la cobertura del servicio y someter, con base en ésta, un aumento o en su caso rediseño gradual del servicio, sobre todo dirigido a las mujeres jóvenes entre 15 y 25 años.</p> <p>1739. Difundir a través de campañas con perspectiva de género el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo y su maternidad, así como sus derechos sexuales y derechos reproductivos, con el fin de aumentar la cobertura de salud y garantizar el derecho a la información de calidad de las mujeres jóvenes.</p>

Fuente: Comité Coordinador para la Elaboración del Diagnóstico y Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal*, México, 2009, pp. 573, 576-579, 600-601, 613-615, 664-667 y 708-710.

Como se observa en el cuadro, en las acciones que este programa dispone se identifica una variedad relacionada con alcanzar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como con la prevención y atención del embarazo en adolescentes, entre ellas: sensibilización y capacitación del personal de salud y personal docente; elaboración de diagnósticos y políticas integrales de atención;

campañas de prevención del embarazo; difusión de información sobre sexualidad e interrupción del embarazo; disponibilidad de métodos anticonceptivos; atención a salud materna, entre otros.⁴⁴⁷ A pesar de esto, la información disponible en relación con el cumplimiento del PDHDF muestra que muy pocas han sido implementadas y que se tienen contados avances en la materia.

Así, de las líneas señaladas en el cuadro que son responsabilidad de la Secretaría de Salud, para 2015 esta institución reporta avances únicamente en tres líneas (1368, 1734 y 1739) a través de la Campaña de Sexualidad con responsabilidad, Cuidate de la Dirección de Promoción de la Salud y del despliegue de 57 servicios amigables en 14 de las 16 jurisdicciones sanitarias del Distrito Federal y la revisión de una Guía de acreditación de los servicios amigables.⁴⁴⁸ De esta última acción no se tiene mayor información ni fue reportada por la Secretaría en la solicitud de información realizada por la CDHDF para este informe.

En relación con el avance en la implementación de la línea 1368. Diseñar y desarrollar campañas de sensibilización y promoción de la anticoncepción y proporcionando métodos anticonceptivos diversos que respondan a las necesidades específicas de las personas, se observa que el indicador definido para reportar los avances tiene un enfoque limitado a la medición de la cobertura de anticoncepción únicamente a los post eventos obstétricos,⁴⁴⁹ lo cual sesga los resultados que debe alcanzar la estrategia planteada en el informe.

A pesar de que las líneas 1605 a 1613 precisan acciones dirigidas a adolescentes hacia sus derechos sexuales y reproductivos, así como a la prevención del embarazo en adolescentes, no se identifican avances ni acciones implementadas por las instituciones responsables como son el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal y la Secretaría de Salud local.

PROGRAMAS A NIVEL NACIONAL

Con la finalidad de atender los retos y desafíos respecto a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, el gobierno federal elaboró el Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018, instrumento que plantea: favorecer su acceso universal a información, educación y orientación en salud sexual y reproductiva; reducir los embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual (ITS), mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población; e incidir en los determinantes que impiden su ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva.⁴⁵⁰ A partir de este programa, en enero de 2015 se presentó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) con el objetivo de disminuir el embarazo en adolescentes, enfrentando tanto las condiciones que lo motivan como sus determinantes económicos, sociales y culturales, así como sus causas subyacentes.

La estrategia plantea las pautas a cumplirse y las acciones a desarrollarse, de manera interinstitucional y coordinada, con políticas y planes nacionales, estatales y municipales en la materia,⁴⁵¹ para lo cual prevé que el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA) dará acompañamiento y asistencia técnica a los ámbitos estatales, municipales y locales para la integración de los Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA). Sin embargo, como lo señala la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México, se

detecta la falta de información pertinente sobre su implementación, principalmente en los niveles estatales y municipales, así como en las instituciones responsables de desarrollarla, el presupuesto que tendrá para su ejecución y los mecanismos de evaluación y rendición de cuentas, entre otros.⁴⁵²

Al respecto de la implementación de la ENAPEA en el Distrito Federal, la Secretaría de Gobierno local señala en particular que no se ha instalado el GIPEA estatal ni los delegacionales, tampoco se cuenta con una proyección para su instalación ni con la designación de la dependencia que será la responsable de su implementación; asimismo, se informa que no se cuenta con información respecto a la existencia de vínculos de dependencias o instituciones del Distrito Federal con la ENAPEA.⁴⁵³

Programas y acciones por dependencia del Distrito Federal

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

La Secretaría de Salud del Distrito Federal (Sedesa) como dependencia centralizada del gobierno local tiene a su cargo, entre otras cuestiones, conducir la política en materia de servicios médicos y de salubridad; planear, organizar, ejecutar, operar y evaluar las políticas de salud de la ciudad capital, incluyendo el sistema de salud del Distrito Federal y las acciones de control sanitario;⁴⁵⁴ así como coadyuvar a la modificación de hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud.⁴⁵⁵

Si bien, el Capítulo VII del Título Segundo de la Ley de Salud del Distrito Federal atribuye expresamente al jefe de gobierno los servicios de salud sexual, reproductiva y de planificación familiar, incluyendo otorgar servicios de consejería médica y suministrar métodos anticonceptivos,⁴⁵⁶ la Sedesa es la dependencia que en la práctica realiza tales actividades. Asimismo, las instituciones de salud de la ciudad son responsables de atender las solicitudes de interrupción del embarazo de las mujeres solicitantes, aun cuando existen también otros servicios de salud público o privado.⁴⁵⁷

A pesar de lo anterior, la Secretaría de Salud no cuenta con una estrategia ni con un programa específico dirigido a atender las necesidades particulares de la población adolescente en materia de salud sexual y reproductiva ni en relación con la prevención y atención del embarazo en adolescentes en el Distrito Federal. En una sociedad en la que persisten estigmas acerca de la autonomía y del ejercicio de la sexualidad libre y segura de las y los adolescentes, resulta necesario que las autoridades capitalinas atiendan debidamente sus obligaciones y los retos que enfrenta este grupo de población para poder acceder y recibir los servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y de calidad, y garantizarles el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Cabe recordar lo mencionado desde el *Informe mujeres 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal*: “las y los adolescentes representan un sector de particular importancia y un foco de atención prioritario en un contexto de inicio de la vida sexual en edades cada vez más tempranas. Este grupo merece especial cuidado por parte de la autoridad en materia de planificación familiar y salud reproductiva, relacionados sobre todo con la protección contra enfermedades de transmisión sexual y la postergación de la maternidad.”⁴⁵⁸

Al respecto, se identifica que la Sedesa cuenta con un programa de salud preventiva, del cual se identifica una línea dirigida a atender la salud sexual y reproductiva de la población en general, más

no con un enfoque de juventud ni desde la perspectiva de las y los adolescentes. Este subprograma tiene por objetivo prevenir embarazos no planeados, ITS y VIH-sida en la población en edad reproductiva del Distrito Federal, así como proveer información para construir una vida sexual sana y responsable. Sobre éste, solamente se cuenta con información de la página oficial de esta Secretaría, la cual señala que “se implementaron clínicas de atención integral en salud sexual y reproductiva en los centros de salud Beatriz Velasco de Alemán, México España y Juan Duque de Estrada, los que aunados al Hospital General Dr. Enrique Cabrera, funcionan también como centros de capacitación de personal médico y paramédico de diferentes lugares de la república mexicana, así como de otros países”.⁴⁵⁹

Por otra parte, cabe señalar que la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar ordena que todas las instituciones de salud deben proporcionar sistemáticamente a las personas en edad reproductiva servicios de planificación familiar, sin importar el motivo de la consulta o la demanda de servicios, especialmente a las mujeres en edad fértil.⁴⁶⁰ A partir de esta obligación, se identifica que de 2010 a 2015 la Sedesa brindó 67 660 consultas de planificación familiar en su red de unidades médicas, de las cuales sólo nueve reportan haber brindado 1 207 consultas a población adolescente. Sin embargo, aún en la unidad con el mayor número de consultas reportadas –el Hospital General de Milpa Alta–, los servicios otorgados a la población adolescente representaron solamente 8.4% del total que recibió atención.

Consultas de planificación familiar 2010-2015

Unidad médica	Total 2010-2015		Porcentaje de 12 a 17 sobre el total en el periodo
	General	12 a 17 años	
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez	1	ND*	ND
Hospital General Dr. Enrique Cabrera	4	ND	ND
Hospital General Dr. Rubén Leñero	2	ND	ND
Hospital General Xoco	0	ND	ND
Hospital General La Villa	9	ND	ND
Hospital General Balbuena	2 118	1	0.05
Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores	26	ND	ND
Hospital General Iztapalapa	10 303	ND	ND
Hospital General Milpa Alta	11 645	988	8.48
Hospital General de Ticomán	7 742	ND	ND
Hospital General Tláhuac	131	ND	ND
Hospital General Ajusco Medio	10	ND	ND
Clínica Hospital Emiliano Zapata	2 003	1	0.05
Hospital General Torre Médica Tepepan	1	ND	ND
Hospital Pediátrico Azcapotzalco	6	ND	ND
Hospital Pediátrico Coyoacán	0	ND	ND
Hospital Pediátrico Villa	0	ND	ND
Hospital Pediátrico Legaria	0	ND	ND
Hospital Pediátrico Iztacalco	217	ND	ND

Consultas de planificación familiar 2010-2015 (continuación)

Unidad médica	Total 2010-2015		Porcentaje de 12 a 17 sobre el total en el periodo
	General	12 a 17 años	
Hospital Pediátrico Moctezuma	0	ND	ND
Hospital Pediátrico Peralvillo	450	ND	ND
Hospital Pediátrico San Juan De Aragón	0	ND	ND
Hospital Pediátrico Tacubaya	111	ND	ND
Hospital Materno Infantil Inguarán	5 148	4	0.08
Hospital Materno Infantil Topilejo	2 177	ND	ND
Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras	5 004	28	0.56
Hospital Materno Infantil Cuauhtepc	48	1	2.08
Hospital Materno Infantil Tláhuac	2 621	3	0.11
Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo	6 290	149	2.37
Hospital Materno Infantil Cuajimalpa	6 678	3	0.04
Hospital Pediátrico Xochimilco	4 911	ND	ND
Hospital Materno Infantil Xochimilco	ND	29	ND
Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas V. Carranza	2	ND	ND
Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Xochimilco	2	ND	ND
Total	67 660	ND	ND

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en información de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, anexo I.

*ND = No determinado

De acuerdo con los registros de la Sedesa, menos de 100 adolescentes menores de 15 años de edad recibieron una consulta en materia de planificación familiar, y las consultas entre las de 15 y 17 años apenas superaron las 1 100 en un periodo de cinco años.

Consultas de planificación familiar por edad 2010-2015

Edad	Total 2010-2015	Porcentaje sobre el total
12 años	2	0.17
13 años	14	1.16
14 años	74	6.13
15 años	198	16.40
16 años	385	31.90
17 años	534	44.24
Total	1 207	

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en información de la Sedesa, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, anexo I.

Con respecto a los métodos anticonceptivos entregados a mujeres adolescentes, la Secretaría de Salud local reporta que de 2010 a 2015 brindó 52 172 métodos a la población general, de los cuales solo 1.9% de éstos fue entregado a adolescentes, destacando el dispositivo intrauterino (DIU) y el inyectable bimensual, que por cierto no las protegen de enfermedades de transmisión sexual.

Métodos anticonceptivos entregados a mujeres 2010-2015

Método anticonceptivo	Total 2010-2015		Porcentaje de 12 a 17 sobre el total general en el periodo
	General	12 a 17 años	
DIU	15 134	493	3.26
Inyectable bimensual	2 697	196	7.27
Otro método	7 747	162	2.09
Implante subdérmico	10 783	53	0.49
Inyectable mensual	2 933	47	1.60
Oral	5 734	38	0.66
DIU medicado	3 676	10	0.27
Anticoncepción de emergencia	628	2	0.32
Parche dérmico	2 823	1	0.04
Preservativo femenino	17	ND	ND
Total	52 172	1 002	1.92

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en información de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, anexo V.

La Sedesa también reporta que en las 16 jurisdicciones sanitarias y a nivel hospitalario se realizan los talleres Ser madre y padre, Relación de pareja y noviazgo y Violencia en el noviazgo, con parejas adolescentes embarazadas, haciendo hincapié en el varón y la paternidad responsable;⁴⁶¹ sin embargo, no se cuenta con mayor información sobre estos talleres.

Además de las acciones antes mencionadas, la Secretaría de Salud capitalina cuenta con otros tres programas a los que puede acceder la población adolescente, uno de los cuales es el conocido como Médico en tu casa o La salud hasta tu casa, mediante el cual dicha institución proporciona atención médica y apoyo a domicilio entre la población que por situación de salud física o mental no pueda acudir a las unidades médicas establecidas a solicitar la atención que requiere. Todas las acciones que brinda son gratuitas e incluye medicamentos, vacunas, estudios de laboratorio, mastografías, colposcopías, detección de VIH y canasta nutricional a embarazadas; el único requisito para recibir estos servicios es contar con afiliación al Seguro Popular. Para acceder a la atención, la población puede solicitarla en los centros de salud o llamar a los teléfonos de Medicina a Distancia de la Sedesa; también existe un plan de atención permanente en el cual los servicios de salud pública del Distrito Federal recorren cada mes colonias por jurisdicción sanitaria, visitando casa por casa y realizando actividades de promoción, prevención e identificación de personas vulnerables.

La Secretaría de Salud local señala que, a través del programa, del 1 de septiembre de 2014 al 8 de enero de 2016 fueron censadas en domicilio 22 277 mujeres embarazadas, de las cuales 33% (7 254) no tenía control médico por lo que fueron referidas al Centro de Salud para control y seguimiento; de las mujeres embarazadas referidas por falta de control, 40% (2 898) presentaba embarazo de alto riesgo.⁴⁶² Además, la Sedesa informó que el grupo etario que con mayor frecuencia presentó un embarazo de alto riesgo fue el de mujeres menores de 19 años, con casi la mitad de los casos, según los datos siguientes:

Porcentaje de embarazadas de alto riesgo detectadas, por grupo de edad, 2014-2016

Edad	Total	Porcentaje sobre el total
Menos de 19 años	1 377	47.52
De 20 a 29 años	1 080	37.27
De 30 a 39 años	366	12.63
Más de 40 años	75	2.59
Total	2 898	

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en información de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, anexo VII.

Otro de los programas generales implementados por esta institución es el de Prevención y Atención de la Violencia de Género, vigente desde 2002 y mediante el que se ofrecen servicios legales y asistenciales, para la prevención, detección, atención, referencia y seguimiento de víctimas de violencia de género, a través de los centros de salud y hospitales del sistema local, en coordinación con otras dependencias gubernamentales. En particular, mediante dicho programa se pretende que el personal de las unidades médicas del sistema de salud del Distrito Federal ayude a disminuir la incidencia de daños, secuelas y complicaciones, mediante la detección y atenciones oportunas, así como la referencia a centros especializados. Para lo cual, la Secretaría de Salud local estableció los Servicios de Prevención y Atención de la Violencia de Género (Sepavige) en diferentes unidades de salud para atender la problemática antes descrita, los cuales ponen énfasis en la prevención, detección, atención y referencia, en su caso, a las instancias pertinentes. Dentro de las acciones desplegadas, los Sepavige priorizan la atención psicológica especializada a mujeres en situación de violencia, la cual se otorga de manera grupal con tres enfoques psicoterapéuticos, a saber; el sistémico, el psicodinámico breve y el breve estratégico.⁴⁶³

Para tener acceso al programa sólo se requiere que la persona interesada sea residente del Distrito Federal y acuda a alguno de los centros de salud del GDF a solicitar la atención correspondiente. Los esfuerzos de la Secretaría de Salud en el marco del programa señalado han permitido arrojar cifras reveladoras respecto de la violencia de género. De acuerdo con información de la propia Sedesa, de 37 068 casos por violencia de género registrados en el periodo 2002-2013, 19% (7 161) ocurrió en personas menores de 18 años de edad, es decir, dos de cada 10 casos de violencia de género se perpetraron en contra de una niña, un niño o una o un adolescente.³⁶⁴ La mayoría de las víctimas fueron mujeres, con solo un tercio de hombres víctimas. A su vez, se observa que 55% de las mujeres atendidas tenía de 16 a 18 años de edad, de las cuales 5.8% se encontraba embarazada. La mayoría de las personas atendidas carecían de algún tipo de seguridad social al momento de la atención.⁴⁶⁵

La dependencia también informa que las tres delegaciones donde se ubicó la mayor cantidad de casos de violencia de género fueron Iztapalapa, Gustavo A. Madero y Miguel Hidalgo, por lo que en la primera demarcación el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género implementó tres Sepavige, en la segunda delegación se han establecido dos, mientras que en la tercera se creó uno, lo que ha incrementado las actividades de detección de casos en dichas delegaciones.⁴⁶⁶

Cabe señalar que la propia Sedesa alerta que se tiene poco conocimiento específico de la problemática de la violencia, por lo que la percepción de que ésta es natural y aceptable puede ser

compartida por el personal de salud, lo que la convierte en una barrera cultural que limita la identificación de casos, lo cual a su vez puede ocasionar un subregistro o que los casos sean clasificados como eventos accidentales; razón por la cual ha aumentado la capacitación a su personal.⁴⁶⁷

En relación con la violencia ejercida por parte del personal de salud contra la población usuaria de los servicios médicos, en particular contra las adolescentes, no se identificó la existencia de programas dirigidos a atender esta problemática, por lo que esto constituye un reto sobre el cual la dependencia tiene que trabajar para garantizar a la población una vida libre de violencia.

Finalmente, otro de estos programas generales es el de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos, el cual tiene como fin asegurar el derecho a la salud de las personas residentes del Distrito Federal que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral mediante la entrega de servicios médicos y medicamentos gratuitos. De los requisitos establecidos para acceder al programa destaca que para los adolescentes que *conforman una familia* se solicita una credencial escolar y acta de nacimiento. Es de reconocer la existencia de alternativas para que las personas que no están en el esquema tradicional de seguridad social sean atendidas, sin embargo, al solicitar a las y los adolescentes el estar inscritos a instituciones educativas es un requisito que excluye a los que por diversas razones han dejado la escuela.

A la par de la implementación de estos programas y acciones de prevención, la Sedesa brinda servicios de atención a la salud de mujeres embarazadas, incluyendo las adolescentes. Como dato de contexto, cabe señalar que en el Distrito Federal, del periodo de 2010 a 2015 se tienen 46 097 registros de nacimiento en los que las madres son mujeres adolescentes de entre 12 y 17 años de edad. De éstos, 856 (1.85%) fueron registrados muertos y 8 840 (casi 20%) del total fueron registrados únicamente por la madre.

Registros de nacimientos entre mujeres adolescentes 2010-2015

Delegación	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años
Álvaro Obregón	0	9	103	426	1 089	1 846
Azcapotzalco	0	4	45	196	539	936
Benito Juárez	0	3	29	82	241	409
Coyoacán	1	10	51	226	581	1 003
Cuajimalpa de Morelos	0	6	51	191	481	774
Cuauhtémoc	1	15	125	526	1 272	2 149
Gustavo A. Madero	4	18	174	713	1 902	3 259
Iztacalco	2	4	43	169	505	970
Iztapalapa	3	34	265	1 105	2 914	4 945
La Magdalena Contreras	0	6	31	171	421	701
Miguel Hidalgo	1	11	61	321	753	1 089
Milpa Alta	0	6	58	169	414	669
Tláhuac	0	14	53	236	648	1 059
Tlalpan	2	11	102	409	1 057	1 692
Venustiano Carranza	0	11	83	330	888	1 503
Xochimilco	0	13	91	332	871	1 359
Totales	14	175	1 365	5 602	14 576	24 363

Fuente: Elaborado por el CIADH a partir de información del Registro Civil, Oficio núm. DGRC/0036/2016 del 12 de enero de 2016.

En este mismo periodo se destaca que las unidades médicas de la Secretaría de Salud tuvieron un total de 42 977 egresos por embarazo, parto y puerperio en los que las pacientes tenían entre 12 y 17 años de edad, lo que implica que en el Distrito Federal al día ocurrieron aproximadamente 20 egresos de este tipo, solamente en el sistema público de salud local.⁴⁶⁸ Así, del total de egresos por embarazo, parto, puerperio atendidos casi 12% correspondió a adolescentes de este grupo de edad.

Egresos por embarazo, parto y puerperio atendidos en hospitales de la Sedesa, 2010-2015

Unidad Médica	Población general	Población de 12 a 17 años	Porcentaje de población de 12 a 17 años sobre el total de población
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez	23 561	3 135	13.31
Hospital General Dr. Enrique Cabrera	27 904	3 285	11.77
Hospital General Dr. Rubén Leñero	155	15	9.68
Hospital General Xoco	5 452	531	9.74
Hospital General La Villa	6 218	698	11.23
Hospital General Balbuena	4 958	532	10.73
Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores	10 576	1 260	11.91
Hospital General Regional Iztapalapa	35 954	3 930	10.93
Hospital General Milpa Alta	18 520	2 277	12.29
Hospital General Ticomán	24 758	2 896	11.70
Hospital General Tláhuac	15 631	1 831	11.71
Hospital General Ajusco Medio	16 877	2 153	12.76
Clínica Hospital Emiliano Zapata	8 277	1 009	12.19
Hospital Pediátrico Azcapotzalco	1	1	100
Hospital Pediátrico Legaria	2 278	1	0.04
Hospital Pediátrico Iztapalapa	1	1	100
Hospital Pediátrico Moctezuma	752	3	0.40
Hospital Pediátrico Peralvillo	1	1	100
Hospital Pediátrico San Juan de Aragón	1	1	100
Hospital Materno Infantil Inguarán	33 968	4 228	12.45
Hospital Materno Infantil Topilejo	15 916	1 963	12.33
Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras	19 281	2 198	11.40
Hospital Materno Infantil Cuauhtepac	24 830	3 158	12.72
Hospital Materno Infantil Tláhuac	15 809	1 982	12.54
Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo	15 690	1 818	11.59
Hospital Materno Infantil Cuajimalpa	15 751	1 905	12.09
Hospital Materno Pediátrico Xochimilco	17 331	2 165	12.49
Hospital General Torre Médica Tepepan	93	0	0
Total	360 544	42 977	11.92

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en información de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, anexo I. Datos a noviembre de 2015.

Del total de estos egresos, se advierte que en 37.1% (15 959) de los casos de las adolescentes atendidas se presentaron complicaciones en el embarazo, parto y/o puerperio, es decir, más de un tercio de los mismos; las principales complicaciones se muestran en el siguiente cuadro.

Egresos hospitalarios atendidos por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio 2010-2015

Causa	Total 2010-2015		Porcentaje de 12 a 17 sobre el total general en el periodo
	General	12 a 17 años	
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto.	43 458	5 010	11.53
Embarazo terminado en aborto.	38 794	3 985	10.27
Complicaciones del trabajo de parto y del parto (trabajo de parto prematuro, trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto, y a anomalía de la pelvis materna, trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, etcétera).	28 197	3 749	13.30
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (incluye preeclampsia y eclampsia).	11 216	1 223	10.90
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (amenaza de aborto, infección de las vías genitourinarias, diabetes mellitus, etcétera).	9 221	1 159	12.57
Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias y otras enfermedades maternas que complican el embarazo, el parto y el puerperio.	5 432	640	11.78
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (sepsis puerperal, etcétera).	1 451	193	13.30
Total	137 769	15 959	11.58

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en información de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, anexo I.

En el Distrito Federal, de 2010 a 2015 han ocurrido un total de 113 muertes maternas,⁴⁶⁹ de éstas 5% (seis casos) se ha presentado entre adolescentes.⁴⁷⁰ Si bien, durante tres años se logró contar con cero casos, de 2014 a 2015 se presentó un repunte; al respecto es necesario que las autoridades de salud redoblen esfuerzos tendientes a que año con año no se presente ningún caso. Asimismo es pertinente analizar las condiciones y la atención que brindan las unidades médicas en las que se han registrado las muertes, en especial en el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, al ser la institución que concentra la mitad de los casos presentados en este periodo.

Muertes maternas de 12-17 años ocurridas en hospitales de la Sedesa 2010-2015

Año	Casos	Razón	Edad	Unidad médica
2010	2	Eclampsia en el embarazo	16 años	Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez
		Preeclampsia severa	17 años	Hospital Materno Infantil Inguarán
2011	0	–	–	–
2012	0	–	–	–
2013	0	–	–	–
2014	1	Embolia de coágulo sanguíneo, obstétrica	15 años	Hospital General Tláhuac
2015	3	Otras hemorragias postparto inmediatas	17 años	Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez
		Eclampsia, en periodo no especificado	13 años	Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez
		Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo, el parto y el puerperio	16 años	Hospital General Ticomán

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en información de la Sedesa, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, anexo V.

Con respecto a las consultas médicas, se advierte que los hospitales públicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal⁴⁷¹ han brindado 103 574 consultas de primera vez a mujeres embarazadas entre 2010 y 2015, de las cuales 76.62% (79 360) acudió a recibir atención médica prenatal hasta el tercer trimestre de gestación, 9.89% (10 242) la recibió en el segundo semestre y solamente 13.49% (13 972) en el primero.⁴⁷² De este total de consultas, 12.65% (13 105) fue brindado a mujeres adolescentes de entre 12 y 17 años de edad, de las cuales únicamente 9.7% (1 271) recibió la atención durante su primer trimestre de embarazo; el resto de las consultas de primera vez fue brindada entre el segundo trimestre con 16.04% (2 102) y, en su mayoría, hasta el tercer trimestre con 74.26% (9 732) de los casos.⁴⁷³

Resulta alarmante que 90.3% (11 834) de las mujeres adolescentes embarazadas y atendidas en hospitales públicos del Distrito Federal hayan recibido la consulta de primera vez después del primer trimestre de embarazo, lo cual contraviene su salud ya que la recomendación es que la primera consulta prenatal debe brindarse durante las primeras 12 semanas de gestación, además de ser crucial para la prevención de malformaciones congénitas.⁴⁷⁴

Consultas de primera vez de 12-17 años por trimestre 2010-2015

Unidad médica	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Total de consultas todos los trimestres
	Total 2010-2015	Total 2010-2015	Total 2010-2015	
Clínica Hospital Emiliano Zapata	19	107	509	635
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez	15	79	200	294
Hospital General Ajusco Medio	6	32	54	92
Hospital General Balbuena	14	22	28	64
Hospital General Dr. Enrique Cabrera	1	30	78	109
Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores	17	79	106	202
Hospital General Dr. Rubén Leñero	ND	1	ND	ND
Hospital General Iztapalapa	33	93	923	1 049
Hospital General La Villa	7	8	20	35
Hospital General Milpa Alta	200	156	774	1 130
Hospital General Ticomán	35	225	700	960
Hospital General Tláhuac	12	15	68	95
Hospital Materno Infantil Cuajimalpa	43	112	1 327	1 482
Hospital Materno Infantil Cuauhtépec	192	119	1 067	1 378
Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo	222	164	707	1 093
Hospital Materno Infantil Inguarán	232	329	924	1 485
Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras	2	3	764	769
Hospital Materno Infantil Tláhuac	5	3	524	532
Hospital Materno Infantil Topilejo	133	398	711	1 242
Hospital Materno Infantil Xochimilco	6	24	78	108
Hospital Materno Pediátrico Xochimilco	14	26	139	179
Hospital Pediátrico Azcapotzalco	1	2	1	4
Hospital Pediátrico Iztacalco	31	33	8	72
Hospital Pediátrico Peralvillo	31	42	22	95
Hospital Pediátrico San Juan de Aragón	ND	ND	ND	ND
Total Primera vez	1 271 (9.70%)	2 102 (16.04%)	9 732 (74.26%)	13 105 (100%)

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en información de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, anexo I.

Asimismo, como se mencionó en el capítulo dos del presente informe y como se precisa en la Recomendación 3/2015 que emitió la CDHDF por la falta de atención oportuna y adecuada a mujeres que requirieron servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio, preocupa que no se identifiquen oportunamente los embarazos en adolescentes por los riesgos mayores que enfrentan y las afecciones que se dan con mayor frecuencia en esta población,⁴⁷⁵ más al identificarse que 1 099 de los casos son de adolescentes entre los 12 y los 14 años de edad. Al respecto, además de la atención prioritaria y pertinente que se le debe brindar a esta población, en el caso de embarazo en mujeres menores de 15 años de edad se deben buscar factores de riesgo, signos y síntomas para descartar posible violencia y/o agresión sexual.⁴⁷⁶ Asimismo, se hace primordial retomar lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años, la cual señala que en caso de embarazo entre las adolescentes, éstas deben ser tratadas como embarazos de alto riesgo.⁴⁷⁷

Consultas de primera vez de 12-17 años por trimestre y por edad 2010-2015

Edad	Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre		Total de consultas todos los trimestres
	Total 2010-2015	Porcentaje sobre el total de consultas	Total 2010-2015	Porcentaje sobre el total de consultas	Total 2010-2015	Porcentaje sobre el total de consultas	
12 años	4	11.76	5	14.71	25	73.53	34
13 años	34	18.68	43	23.63	105	57.69	182
14 años	131	14.84	221	25.03	531	60.14	883
15 años	240	10.99	442	20.25	1 501	68.76	2 183
16 años	421	10.17	658	15.89	3 062	73.94	4 141
17 años	441	7.76	733	12.90	4 508	79.34	5 682

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en información de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, anexo I.

En lo que corresponde a la ILE, en el Distrito Federal desde su despenalización hasta la semana 12 de gestación, aprobada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en 2007, de las 116 869 interrupciones realizadas en 20 unidades médicas, 6.37% (7 445) ha sido brindado a mujeres menores de 18 años; asimismo, en 2015, de un total de 17 816 procedimientos de interrupción del embarazo practicados, 1 506 se realizaron a mujeres menores de 18 años de edad.⁴⁷⁸ El acceso a un aborto seguro constituye un avance en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, toda vez que reduce considerablemente las cifras de mortandad materna, principalmente en adolescentes. De la misma manera, es una opción para que las adolescentes continúen su desarrollo en todos los ámbitos, sin embargo, aún persisten innumerables prejuicios entorno a la práctica de la ILE que deben de erradicarse con la finalidad de empoderar a las adolescentes y permitirles tomar la mejor decisión para sus vidas. Asimismo, como se señaló en el apartado anterior, persisten limitaciones de orden legal que impiden el libre acceso de las adolescentes a este tipo de intervenciones.

Atenciones otorgadas de ILE en mujeres menores de 18 años de edad

Unidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hospital Materno Pediátrico Xochimilco	0	0	0	18	23	15
Hospital Materno Infantil Cuauhtepac	21	22	29	15	31	41
Hospital Materno Infantil Cuajimalpa	28	42	32	33	42	1
Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras	0	0	0	0	0	0
Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo	29	29	64	60	57	55
Hospital Materno Infantil Tláhuac	1	1	0	3	1	0
Hospital Materno Infantil Topilejo	0	0	0	0	0	0
Hospital Materno Infantil Inguarán	129	94	89	75	82	77
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez	13	1	0	0	0	0
Hospital General Enrique Cabrera	0	0	45	59	49	56
Hospital General Balbuena	0	0	0	0	0	0
Hospital General Iztapalapa	0	0	0	0	0	0
Hospital General Milpa Alta	1	1	0	8	31	93
Hospital General Ticomán	6	1	8	28	23	38
Hospital General Gregorio Salas	0	0	0	0	0	0
Hospital General Ajusco Medio	0	0	60	13	18	18
Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán	645	791	557	364	814	701
Clínica Comunitaria Sta. Catarina	85	216	176	139	152	126
Centro de Salud México España	0	0	97	166	149	164
Centro de Salud Dr. Juan Duque de Estrada	0	0	0	59	121	114
Sin especificar	0	0	0	0	0	7
Total	958	1 198	1 157	1 040	1 593	1 506

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en información de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, anexo v.

INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL DISTRITO FEDERAL

El Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (Inmujeres-DF),⁴⁷⁹ institución que trabaja para que las mujeres accedan al pleno goce de sus derechos humanos, tiene entre sus atribuciones tanto el promover la difusión, el reconocimiento y ejercicio de los derechos, como ser un órgano de consulta, asesoría, capacitación y formación de las dependencias y entidades públicas, sociales y privadas, en materia de equidad entre hombres y mujeres e igualdad de oportunidades; así como impulsar, coordinar y evaluar las acciones contra la violencia, la discriminación, la salud, entre otras.⁴⁸⁰

Con respecto a las adolescentes embarazadas y sus derechos sexuales y reproductivos, se implementó la campaña ¡Va! pero con condón, que tiene como finalidad prevenir el embarazo en la adolescencia y las ETS, así como concientizar, informar y promocionar los derechos reproductivos de las y los jóvenes en el Distrito Federal. Dentro de esta campaña, Inmujeres-DF y Afluentes⁴⁸¹ realizaron un folleto informativo que brinda información sobre los derechos sexuales y reproductivos, la ILE, los diferentes métodos anticonceptivos y la violencia en el noviazgo, todo de una manera clara y accesible. Esta campaña es una herramienta de información de utilidad, ya que cuenta

con un directorio de instancias a las cuales la población adolescente y joven puede acudir para ser orientada y atendida.⁴⁸²

Otro programa impulsado por el Inmujeres-DF es la Feria Amor es sin violencia, la cual busca erradicar la violencia en el noviazgo, mediante prevención, atención y orientación, y brinda información sobre temas como la prevención del embarazo en adolescentes, atención y prevención de VIH-sida y derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, el Instituto, a través de sus 16 unidades delegacionales, despliega servicios de atención y trabajo territorial con el fin de dar respuesta a las necesidades de las mujeres. Las acciones desarrolladas en las unidades se implementan a partir del Modelo Estratégico de Intervención Territorial que está conformado por acciones como son la atención en materia jurídica, psicológica y económica; atención grupal en prevención de la violencia; capacitación en enfoque de género, derechos humanos, oficios no tradicionales; asesoría en derechos sexuales y reproductivos, y en ILE.⁴⁸³ Sobre este último tema, el servicio consiste en informar de manera clara, objetiva, suficiente, veraz y laica sobre los requisitos, los hospitales o las clínicas habilitadas para garantizar este derecho en condiciones dignas y de seguridad; canalización y seguimiento oportuno, incluso acompañamiento al hospital o clínica en caso de que la mujer se encuentre en una situación de vulnerabilidad social. Si una mujer proviene de alguno de los otros 31 estados del país, a través de estos espacios se le proporciona toda la información respecto a la ILE, y se hace énfasis en las variantes de los requisitos por residir en el interior de la república mexicana.⁴⁸⁴

Finalmente, a través del eje 8 Promoción y acceso de las mujeres al ejercicio de sus derechos humanos y a una vida libre de violencia del Programa de Coinversión para el Desarrollo Social 2015, el Inmujeres-DF estableció convenios de colaboración con organizaciones de la sociedad civil (osc) para el desarrollo de proyectos, entre los que se encuentran algunos relacionados con el embarazo en adolescentes, en los cuales se han desarrollado documentales sobre salud sexual integral y prevención de embarazos en esta etapa de la vida.⁴⁸⁵

Las acciones impulsadas por el Inmujeres-DF abonan al cumplimiento de las obligaciones del Estado de asegurar el acceso a información acerca de los derechos sexuales y reproductivos entre la población adolescente y joven; constituyen buenas prácticas que deben ser potencializadas para incrementar su difusión e impacto en toda la ciudad, incluyendo las zonas más remotas, con el fin de alcanzar un público cada vez más amplio y diverso.

INSTITUTO DE LA JUVENTUD DEL DISTRITO FEDERAL

El Instituto de la Juventud del Distrito Federal (Injuve) es la instancia encargada de coordinar, articular e instrumentar una política pública dirigida a las personas jóvenes en el Distrito Federal,⁴⁸⁶ que les permita ejercer plenamente sus derechos y les otorgue las herramientas necesarias en materia de educación, salud, empleo y participación social.⁴⁸⁷ Esta instancia ofrece diferentes programas sociales e institucionales, que se enfocan a atender a la población joven (12 a 29 años de edad), y entre los cuales se identifican algunas líneas de acción concernientes a su salud sexual y reproductiva.

La Estrategia Salud Balance y Bienestar Joven fue implementada por primera vez en 2015 por el Injuve, la Sedesa y el Inmujeres-DF. Esta estrategia está dirigida a la población joven (de 12 a 29 años de edad) y busca fomentar una cultura del cuidado de la salud, de la prevención y la atención a partir de información y orientación sobre las conductas de riesgo. Entre las principales problemáticas que atiende están la prevención de embarazo en adolescentes, la promoción de la salud sexual y prevención de enfermedades de transmisión sexual y la violencia en todas sus formas. Como reporta el Injuve, el presupuesto ejercido por este programa en 2015 ascendió a 1 750 000 pesos.

Esta estrategia interviene en colonias con mayor índice de vulnerabilidad y se integra por cuatro acciones transversales:

1. *Salud emocional.* Se establecen centros Cuídate en los que se brinda atención a salud emocional, se detectan focos rojos de necesidades y problemáticas juveniles bajo una visión que toma en cuenta variables sociodemográficas y características particulares de la historia de vida, todo en un espacio adecuado. Al 18 de enero de 2016 se reporta que hay en operación dos centros –Cuauhtémoc y Miguel Hidalgo– y además se contempla la inauguración de otro en Venustiano Carranza. Las autoridades reportan que en los centros Cuídate se ha atendido a población joven por temas de aborto, salud sexual, abuso sexual, violencia familiar y de pareja, entre otros. Además se integró el primer diagnóstico de salud emocional joven de las 16 delegaciones con 1 600 jóvenes participantes.⁴⁸⁸
2. *Agentes de cambio por la salud.* Se implementa a través de jornadas por la salud joven, tanto en centros educativos como en diversas colonias, a través de jornadas territoriales en las que se abordan varios temas, entre ellos, la salud sexual. En este último rubro se han atendido a 2 732 personas adscritas a centros educativos y 131 en jornadas territoriales.⁴⁸⁹
3. *Atención en salud sexual y reproductiva.* Esta acción se realiza a través de jornadas en centros educativos y jornadas territoriales; dentro de centros educativos se han atendido a 2 997 personas jóvenes por embarazo y a 5 386 con temas de salud sexual. En las jornadas territoriales se han atendido a 2 552 con temática sobre salud sexual y a 679 por violencia de pareja.⁴⁹⁰
4. *Línea joven LOCATEL.* Chat/vía telefónica. Esta es una alianza con LOCATEL para brindar asesorías profesionales a las personas jóvenes del Distrito Federal. En la línea joven LOCATEL se han atendido a 234 jóvenes por aborto, 200 por embarazo, 153 por violencia en pareja y 171 por violencia en la familia.⁴⁹¹

Además, mediante esta estrategia se realizó un video de la campaña viral Cuídate dedicada a la prevención de embarazo en adolescentes que realizó el grupo de rock Liquits. Los videos acerca del programa y la campaña se destacan por su articulación, diseño y producción que permiten que sea adecuada y pertinente a la población a la que va dirigida.

En general, esta estrategia es un programa que busca atender integralmente a población adolescente y joven, su diseño cuenta con un enfoque amigable e incluyente hacia esta población, sin embargo, preocupa que acciones bien articuladas e implementadas cuenten con pocos recursos, lo cual puede limitar sus alcances. Un aspecto que se debe mejorar en éste y cualquier programa

que sea implementado, es la rendición de cuentas en relación con la población atendida, que esté desglosada por edad y sexo y que permita identificar cuánta población adolescente accede a éste.

Otro de los programas que implementa el Injuve es el Programa Social Jóvenes en Desarrollo, el cual inició en 2013 y se ha mantenido en 2014 y 2015. Este programa atiende a adolescentes y jóvenes de entre 12 y 29 años de edad de las 16 delegaciones que están en situación de riesgo y/o vulnerabilidad; se enfoca a dar capacitaciones a través de talleres y dinámicas en caravanas culturales, en los cuales aborda distintas temáticas, entre ellas, la prevención del embarazo en adolescentes. A partir de este programa, de 2013 a 2015 el Instituto ha capacitado a un total de 23 715 personas (380 en el primer año, 9 492 en el segundo y 13 843 en el tercero). El presupuesto ejercido en las caravanas culturales ascendió en 2013 a 1 390 500 pesos, para 2014 subió a 1 747 375 pesos y para 2015 fue de 2 000 000 pesos. Al respecto de este programa, no se conoce el tipo de capacitación que se brinda o qué otros temas se revisan y se llevan a cabo, por lo cual no se tiene certeza del enfoque desde el cual se aborda el tema de embarazo en la adolescencia y tampoco se identifican evaluaciones del programa que permitan conocer los resultados que ha alcanzado.

Por otra parte, el Injuve cuenta con el Programa Social Jóvenes en Impulso, el cual dispone de dos acciones que impactan directamente a la población adolescente y al tema de derechos sexuales y reproductivos, los cuales son:

1. *Brigada de salud sexual y reproductiva*, la cual tiene como objetivo difundir conocimientos básicos en materia de salud sexual y reproductiva. En particular esta acción busca promover el autocuidado y la práctica de relaciones sexuales seguras que prevengan ITS y embarazos no deseados. Se realiza en espacios públicos, entre ellos los educativos, a través de pláticas, conferencias, talleres y módulos informativos, con el apoyo del Inmujeres-DF. En las brigadas, de 2013 a 2015 se han atendido a 54 990 personas jóvenes (a 9 210 en el primer año; a 40 478 en el segundo y a 5 302 en el tercero).⁴⁹²
2. *Ya tengo 15*, es otra acción que tiene como objetivo contribuir en la formación integral de las y los adolescentes de 14 a 17 años de edad mediante el desarrollo de estrategias integradas por una perspectiva de salud pública, educación sexual, reproductiva y de género. Las y los adolescentes reciben capacitación, y al final de ella se les entrega una computadora personal como herramienta para su formación académica y profesional. En la capacitación de *Ya tengo 15* se atendió a 566 adolescentes en 2013, 424 en 2014 y 380 en 2015. En esta línea de acción se ejerció un presupuesto de 992 144.37 pesos en 2013, de 999 599.84 en 2014 y de 2 230 727.53 en 2015. Al respecto de este programa, no se tiene certeza de la manera en la que se abordan los temas de sexualidad y de embarazo en adolescentes, ni cómo es la formación integral que se otorga. En este tipo de acciones basadas en capacitaciones y talleres se necesita que los materiales y herramientas utilizadas estén diseñadas bajo un enfoque de derechos y sean participativos e incluyentes.

Por otra parte, el Injuve informa que en 2015 implementó la campaña informativa Prevención y sensibilización de embarazo y maternidad adolescente, la cual se diseñó a partir de un grupo focal realizado en septiembre de 2014; sin embargo, no se cuenta con mayor información al respecto.

Finalmente, este Instituto cuenta con el Programa Institucional Madres Jóvenes que tiene como objetivo la resignificación de ser una madre joven y lograr que cada participante tenga un proceso de empoderamiento que le permita replantearse nuevos objetivos y un plan de vida a partir de su nueva situación. Este programa arrancó en 2014 con un taller de dos horas semanales y, a partir de marzo de 2015 las madres jóvenes reciben apoyo económico por parte del Programa Jóvenes en Impulso para que puedan cubrir el gasto de guardería.⁴⁹³ Hasta 2015 han sido beneficiadas 119 mujeres. Si bien este programa no atiende a las adolescentes durante su embarazo sino hasta que ya son madres, sí cuenta con un enfoque de género que las impulsa a empoderarse y crear un plan de vida, deja de lado el asistencialismo y ofrece las herramientas necesarias para que las adolescentes eliminen las ideas estereotipadas en torno al embarazo y la maternidad.

INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DEL DISTRITO FEDERAL

El Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal (IEMS), organismo público que imparte e impulsa la educación media superior gratuita en el Distrito Federal (especialmente en zonas con atención insuficiente a la demanda educativa), trabaja a través de 20 planteles educativos,⁴⁹⁴ bajo un modelo educativo y pedagógico que plantea desarrollar en las y los estudiantes “la actitud y capacidad para decidir con autonomía, plena conciencia de sus derechos y obligaciones, reconocimiento de los derechos de los demás, así como las repercusiones de sus actos”.⁴⁹⁵

El IEMS advierte que no tiene incorporados los temas de salud sexual y reproductiva y perspectiva de género en su actual plan de estudios; reporta únicamente la realización de pláticas, talleres y cursos a las y los estudiantes en relación con estas temáticas, la cual efectúa con el apoyo de instituciones públicas y sociales, como Inmujeres-DF. De esta manera, se identifica que en los meses de febrero a junio del semestre 2014-2015 B desarrolló 11 jornadas de salud en distintos planteles educativos; asimismo, de agosto a diciembre del semestre 2014-2015 A se presentó la campaña Conozco mis derechos igualdad y no violencia por parte de la Fundación de Apoyo a la Juventud, I. A. P. en 20 ocasiones; asimismo, informa que médicos de los planteles participaron en dos sesiones de 11 horas cada una, en el Programa Salud Sexual y Reproductiva impartido por la Secretaría de Salud local. Para el semestre 2015-2016 A nuevamente se desarrollaron 12 jornadas de salud.

En especial para la población adolescente, el IEMS refiere estar concertando con el Instituto Nacional de Perinatología un programa piloto sobre salud sexual y reproductiva adolescente para “diseñar y aplicar un taller bajo un enfoque educativo constructivista, encaminado a la difusión de conocimiento en salud sexual y reproductiva, prevenir conductas de riesgo e incrementar el uso de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo no planificado en dicha población”.⁴⁹⁶

A partir de los materiales proporcionados por el IEMS sobre sesiones educativas de promoción de la salud 2014-2015 dirigidos a población adolescente, de los cinco módulos que las integran, el cuarto aborda la sexualidad. Del módulo mencionado, una sesión trata sobre los derechos sexuales y reproductivos y busca que las y los alumnos los conozcan para que los ejerzan de una manera libre, responsable y placenteramente; otra sesión aborda el tema de la prevención del embarazo en la adolescencia y tiene por objetivo conocer los factores que contribuyen a la prevención del

embarazo en la adolescencia; una última sesión aborda los métodos de planificación familiar.⁴⁹⁷ Al respecto de estos materiales, se recomienda la pertinencia de utilizar conceptos que no reproduzcan la idea de que la sexualidad siempre tiene como finalidad la reproducción, como es el caso del concepto *planificación familiar* para referirse a los métodos anticonceptivos.

Por último, la institución refiere haber firmado en noviembre de 2015 un convenio de colaboración con la Sedesa, que contempla un programa integral de salud sexual y reproductiva, así como un manual de procedimientos para los servicios de anticoncepción a estudiantes IEMS, que detalla una estrategia de alianza entre la Sedesa y el Instituto. En este manual se plantea promover y otorgar los servicios de anticoncepción entre las alumnas y alumnos de los planteles, así como brindarles información, consejería y orientación, así como seguimiento a los expedientes clínicos, a través de los servicios médicos escolares, promotores de salud e insumos proporcionados por el sistema de salud pública local.⁴⁹⁸

De las acciones implementadas por el IEMS, un tema ausente es el de la ILE, la cual es una opción que debe ser difundida por el Instituto. Asimismo, la falta de información relacionada con cuántas adolescentes embarazadas han desertado y cuántas han continuado con sus estudios se constituye en un obstáculo para dimensionar la problemática y diseñar intervenciones pertinentes que permitan a las adolescentes poder permanecer en la escuela. En este sentido, será necesario que el IEMS implemente la línea de acción 1420 del PDHDF que establece “realizar un diagnóstico y actualizarlo de manera permanente, que permita conocer el número de mujeres que no asiste a las preparatorias del Distrito Federal y a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), por cuestiones de exclusión, autoexclusión educativa, permanencia o por razones particulares como podrían ser edad, etnia, condición social o embarazo”.⁴⁹⁹

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL DISTRITO FEDERAL

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal (DIF-DF) como institución encargada de promover la asistencia social y la prestación de servicios asistenciales que contribuyan a la protección, atención y superación de los grupos más vulnerables del Distrito Federal,⁵⁰⁰ cuenta con la atribución de proporcionar asesoría y orientación gratuita sobre salud sexual y reproductiva como lo indica la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México.⁵⁰¹

El DIF-DF cuenta con consultorios fijos y móviles en centros DIF, áreas operativas y jornadas comunitarias, donde presta servicios de primer nivel de atención, entre ellas consultas médicas prenatales, de planificación familiar y dotación de preservativos. Esta autoridad señala que estos servicios de salud integral a personas vulnerables son prestados por el personal médico general de esta institución a todas las mujeres adolescentes embarazadas que los solicitan, a quienes durante la consulta referirán a un segundo nivel de atención para su manejo y control integral.⁵⁰²

El DIF-DF informa que para implementar estos servicios de salud integral a personas vulnerables, en 2014 contó con un presupuesto de 3 000 000 de pesos y ofreció consultas prenatales y de planificación familiar a 4 283 personas en total. Para 2015, el presupuesto subió a 7 200 000 para

operar los rubros de consulta prenatal y de planificación familiar, proporcionando 4 325 consultas en total, de las cuales sólo 9.3% (404) fue brindado a mujeres de entre 7 y 17 años.⁵⁰³

Es de resaltar que de las niñas y las adolescentes que recibieron atención, los servicios prestados en mayor medida fueron por consultas prenatales, lo que representó 72.5% (293) del total de las consultas brindadas a este grupo de población, es decir, a quienes ya estaban embarazadas; de este porcentaje se detectaron 10 casos de mujeres –de entre 7 y 14 años– a quienes se les debía proporcionar medidas adicionales de atención, pero no se reportaron acciones en este sentido.

Pacientes adolescentes atendidas en 2015 por el DIF-DF

Delegación	Consulta prenatal		Consulta planificación familiar		Total
	Mujeres de 7 a 14 años de edad	Mujeres de 15 a 17 años de edad	Mujeres de 7 a 14 años de edad	Mujeres de 15 a 17 años de edad	
Álvaro Obregón	0	31	0	1	32
Azcapotzalco	0	3	0	0	3
Benito Juárez	0	0	0	8	8
Coyoacán	0	0	0	10	10
Cuajimalpa de Morelos	0	0	0	0	0
Cuauhtémoc	1	4	0	1	6
Gustavo A. Madero	0	15	0	3	18
Iztacalco	0	12	0	5	17
Iztapalapa	9	207	0	79	295
La Magdalena Contreras	0	0	0	0	0
Miguel Hidalgo	0	2	0	0	2
Milpa Alta	0	0	0	0	0
Tláhuac	0	0	0	0	0
Tlalpan	0	6	0	0	6
Venustiano Carranza	0	2	0	4	6
Xochimilco	0	1	0	0	1
Total	10	283	0	111	404

Fuente: Metas reportadas por la Dirección para el Desarrollo Comunitario, dependiente de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a la Niñez y Desarrollo Comunitario del DIF-DF, Oficio núm. DIF-DF/DEAJ/065/2016, 25 de enero de 2016.

Si bien la prestación de estos servicios es imprescindible para proteger la salud sexual y reproductiva de la población adolescente –más aún entre los grupos que enfrentan mayor vulnerabilidad al no pertenecer a los sistemas de salud–, quedan algunas dudas que tendrán que profundizarse en un análisis posterior para identificar en qué medida esta institución cumple con la obligación reforzada del Estado frente a la niñez y la adolescencia; conocer la calidad de los servicios brindados, si son amigables para esta población; saber qué tipo de métodos anticonceptivos se proporcionan en las consultas de planificación familiar, entre otros aspectos.

Por otra parte, en agosto de 2015 el DIF-DF implementó la entrega de *kits* conocidos como Cunas CDMX, esta acción consiste en proporcionar un paquete de maternidad a las mujeres cuyo embarazo es de 26 semanas en adelante o, en su caso, con niñas y niños recién nacidos no mayores a dos meses. Aunque no se identificó en ninguna fuente oficial cuántos paquetes fueron entrega-

dos, cuánto presupuesto se ejerció en esta medida o de qué rubro se desprendió esta acción, según un monitoreo de notas periodísticas se detectó que con esta medida –inspirada en un programa finlandés implementado en la década de 1930–, de agosto a diciembre de 2015 se proporcionaron 10 000 paquetes.⁵⁰⁴ Al respecto de esta acción, el DIF-DF informa que en el periodo señalado se otorgaron 463 paquetes a adolescentes embarazadas de 12 a 17 años de edad.

Mujeres adolescentes de 12 a 17 años participantes en el Programa Cunas CDMX de agosto a diciembre 2015

Edad	Mujeres embarazadas	Mujeres con recién nacido	Total
12 años	1	1	2
13 años	2	3	5
14 años	11	10	21
15 años	56	23	79
16 años	140	76	216
17 años	253	135	388
Total	463	248	711

Fuente: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, Oficio núm. DIF-DF/DEAJ/065/2016, 25 de enero de 2016.

De manera adicional a los requisitos establecidos a las mujeres para acceder al paquete, para que las adolescentes puedan recibirlo se les solicita copia de certificado escolar y la identificación de la madre, padre, tutor o tutora.⁵⁰⁵ Al respecto destacan dos aspectos identificados en el capítulo uno de este informe: por una parte, si se toma en cuenta que las adolescentes al embarazarse enfrentan cambios y dificultades que afectan su rendimiento escolar y hasta su permanencia en la escuela, o si se retoma lo que afirman diversos autores cuando señalan que una parte importante de las adolescentes embarazadas, –principalmente de escasos recursos–, ya habían dejado la escuela antes de embarazarse, el requisito de presentar certificado escolar representa un obstáculo para que accedan a esta medida; por otra parte, el simple hecho de solicitar la identificación de la madre, padre, tutor o tutora para poder recibir el beneficio representa una merma a la autonomía de las adolescentes embarazadas.

Para que este tipo de medidas temporales tengan mayor impacto en la garantía de los derechos de las adolescentes embarazadas, es recomendable que se acompañen de otras acciones que permitan identificar las necesidades de este grupo de población y que se dé un seguimiento y acompañamiento a éstas, en razón de las obligaciones reforzadas que tiene el Estado para proteger sus derechos y garantizar su desarrollo integral.

Por otra parte, entre los principales programas con los que cuenta el DIF-DF se identifica uno titulado Apoyo a Madres Solas, mediante el cual la institución busca mejorar la alimentación y la atención en salud, psicológica, jurídica, recreativa y cultural de esta población. Si bien este programa no atiende a las mujeres adolescentes durante su etapa de embarazo, sí alcanzó a atender a 26 madres adolescentes de entre 16 y 17 años de edad en 2014 y 2015.⁵⁰⁶

Por último, aunque el DIF-DF no cuenta con acciones específicas dirigidas a atender a las adolescentes embarazadas sino que presta atención a población general entre la que este grupo de población logra acceder, es necesario que las acciones que se implementen estén enmarcadas en el respeto, la garantía y la protección de los derechos de esta población, y se promuevan sus derechos

sexuales y reproductivos para cumplir con su atribución de proporcionar asesoría y orientación gratuita sobre salud sexual y reproductiva.⁵⁰⁷

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEL DISTRITO FEDERAL

La Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal (Sedeso) es la institución a la que le corresponde atender las materias relativas a desarrollo social, alimentación, promoción de la equidad, recreación, información social y servicios sociales comunitarios, mediante la formulación, el fomento y la ejecución de políticas y programas generales en relación con estos temas y para la atención de grupos sociales de atención prioritaria (entre ellas mujeres) y de alta vulnerabilidad. La Sedeso tiene entre sus atribuciones vigilar que las instituciones de asistencia privada y sus patronatos cumplan con las leyes y otras disposiciones jurídicas aplicables.⁵⁰⁸

Para dar cumplimiento a sus atribuciones dicha Secretaría, a través de la Dirección General de Igualdad y Diversidad Social (DGIDS) debe promover el desarrollo integral de la juventud, así como diseñar, promover y ejecutar programas y acciones en materia de violencia familiar.⁵⁰⁹ Esta dirección realiza el taller Sexo seguro y protegido mediante el cual informa y sensibiliza a las y los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos, el uso correcto del condón femenino y masculino, y la pastilla anticonceptiva de emergencia. De la información recibida de esta dependencia se reporta la realización de tres de estos talleres en una secundaria en 2014 y de cuatro en otra secundaria durante 2015, ambas escuelas ubicadas en la delegación Coyoacán, impartidos a 352 mujeres y 418 hombres.⁵¹⁰ A pesar de la pertinencia de estos talleres para abonar al respeto del derecho de las y los adolescentes a una sexualidad segura, siguen siendo acciones aisladas que no forman parte de un programa de más largo alcance que cubra a una mayor cantidad de población.

En materia de violencia familiar, la DGIDS cuenta con la red de Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (Unavis), en la cual se atiende a personas que viven violencia familiar. A través de estas unidades, la Sedeso informa que el espacio de psicología infantil brinda atención a grupos de población adolescente sobre temas que están en función del tamaño, composición, problemática expresada y disponibilidad de las y los integrantes; y se imparten algunos talleres en temas como aborto e ILE, sexualidad y parejas jóvenes, métodos anticonceptivos, autocuidado y prevención del embarazo y derechos sexuales y reproductivos.⁵¹¹ Al respecto de estos servicios, no se cuenta con datos que permitan conocer la cantidad de adolescentes atendidas ni participantes en los talleres; además, el que la población adolescente sea atendida en un área dirigida a las niñas y los niños refleja la falta de distinción entre la infancia y la adolescencia, quienes tienen necesidades particulares de su etapa evolutiva.

La DGIDS también cuenta con el programa Seguro contra la Violencia Familiar, mediante el que otorga un apoyo económico a las mujeres que hayan sido o sean víctimas de violencia familiar o trata. El programa está orientado a tratar a mujeres mayores de 18 años de edad, sin embargo, quienes son personas menores de edad pueden acceder al programa únicamente si cuentan con tutor, tutora o representante legal. Como se ha señalado, el establecimiento de la edad como un requisito que limita el acceso a programas que atienden alguna de las necesidades puede excluir a las y los

adolescentes que sufren violencia y merma sus derechos. Asimismo, la obligatoriedad de contar con un tutor, tutora o representante legal muestra la falta de reconocimiento de la autonomía progresiva de las y los adolescentes y reafirma la necesidad de diferenciar las características, necesidades y el nivel de desarrollo de este grupo de población con respecto al de la infancia.

Para promover y prestar servicios de asistencia social, jurídica y orientación social a personas de alta vulnerabilidad social, riesgo, abandono y/o situación de calle,⁵¹² la Sedeso cuenta con el Instituto de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal (IASIS), el cual proporciona los servicios a través de 10 Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS).⁵¹³ En particular los CAIS que atienden a niñas, niños y adolescentes son el Azcapotzalco para población de tres a 13 años de edad con problemas de maltrato infantil, desintegración familiar, abuso sexual, extravío, abandono, extrema pobreza y orfandad; y el Coruña Jóvenes, que es un albergue temporal en donde se atienden a población de hasta 21 años que viven o sobreviven en calle y con problemas de dependencia al uso de drogas.⁵¹⁴

Aunque la autoridad informa que este organismo no cuenta con programas dirigidos exclusivamente a adolescentes ni para mujeres adolescentes embarazadas,⁵¹⁵ sí señala que realiza acciones tendientes a promover los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes a través de pláticas y talleres desarrollados por el personal operativo en los dos CAIS antes mencionados. En particular, en el primer CAIS Coruña Jóvenes se informa que cuenta con “el apoyo y la colaboración de medicina preventiva del Centro de Salud T-III Dr. José Sozaya de la delegación Iztacalco, proveyendo de anticonceptivos en todas sus variantes, así como la información visual y actual sobre el tema”, además “como una labor preventiva e integral de las y los adolescentes de este Centro, la Clínica Especializada Condesa realiza a través de pruebas de laboratorio la detección oportuna del VIH, así como charlas de prevención de esta enfermedad”.⁵¹⁶

También la autoridad refiere que durante 2015 el personal técnico operativo de los CAIS y de estructura de la Dirección General del IASIS recibió cursos, ocho en materia de derechos de las niñas, los niños y las y los adolescentes, entre otros. Asimismo, el IASIS informa que a través del Profai (Programa de apoyo financiero a proyectos de organizaciones sociales y de asistencia privada)⁵¹⁷ se ha financiado a cuatro organizaciones que brindan servicios de asistencia social a mujeres adolescentes embarazadas con recursos que van de los 90 000 pesos a los 250 000 pesos.⁵¹⁸

A partir de las acciones antes descritas, preocupa la falta de un registro sistemático que contabilice de manera fiable cuántas mujeres embarazadas de 12 a 17 años han estado registradas en los programas o talleres que ofrece la Sedeso, también llama la atención que el sistema de información no cuente con datos e indicadores desglosados por edad y sexo que permitan identificar por lo menos cuántas mujeres adolescentes reciben atención. Si bien el Sistema Básico de Información del Instituto de Asistencia e Integración Social (SIBAIS) informa que de 2010 a 2015 se prestó asistencia social a 11 mujeres embarazadas, se puntualiza que no se tiene el dato de qué edad tenían.⁵¹⁹

Además, un aspecto que debe ser revisado y utilizado por esta Secretaría son sus atribuciones de vigilar que las instituciones de asistencia privada y sus patronatos cumplan con las leyes y otras disposiciones jurídicas aplicables, entre otras,⁵²⁰ lo cual impactaría en el cumplimiento de la obligación que tiene el Estado de proteger que los derechos de la población adolescente no sean vulnerados por entes privados.

Casos investigados y recomendaciones emitidas por la CDHDF

Para concluir se presentan en este apartado los resultados de las investigaciones realizadas por la CDHDF en relación con casos de violaciones a los derechos humanos de mujeres adolescentes embarazadas. Con la siguiente información se pretende abonar a la comprensión de la situación y presentar las recomendaciones que este organismo público autónomo ha emitido a las autoridades capitalinas, tendientes a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

Casos de violaciones a derechos de mujeres adolescentes documentados por la CDHDF

Desde que la CDHDF se creó ha emitido ocho recomendaciones relacionadas con casos de violaciones graves a los derechos humanos de mujeres embarazadas, de las cuales cuatro involucran casos de adolescentes embarazadas (13/2006, 2/2009, 15/2012 y 3/2015) relativos a mortalidad o morbilidad materna, en los cuales la adolescente embarazada muere, y/o sus hijas o hijos fallecen o tienen secuelas.

Recomendación 13/2006

Caso	Autoridades responsables	Derechos violados	Hechos
Obstaculización, restricción o negativa en el derecho a la salud de las agraviadas, por no contar en los hospitales materno infantiles con un especialista en gineco-obstetricia y anestesiología, respectivamente.	Sedesa.	Derecho a la salud.	<p>El 13 de diciembre de 2004, en esta Comisión recibimos la queja del señor Misael Cuevas Aparicio, a la que se asignó el expediente CDHDF/122/04/TLAH/D6623.000. En ella refirió que:</p> <p>El 13 de diciembre de 2004, su cuñada Blanca Esmeralda González acudió al Hospital Materno Infantil de Tláhuac, en donde dio a luz a un varón. Posteriormente, personal de dicho hospital les informó que su familiar se encontraba grave de salud, por lo que realizarían algunas gestiones para trasladarla a otro hospital.</p> <p>Ese mismo día, personal del citado hospital informó que su familiar había fallecido, sin informar el motivo y el estado de salud del recién nacido.</p> <p>El 31 de enero de 2005, en esta Comisión recibimos la queja del señor Luis Alberto Muñoz Silva, a la que se asignó el expediente CDHDF/122/05/GAM/D0597.000. En ella refirió que:</p> <p>El 17 de diciembre de 2004, su esposa Sandra Carvajal Galindo ingresó al Hospital Materno Infantil de Cuauhtépec, debido a que estaba embarazada e iba a dar a luz.</p> <p>El doctor que atendió el parto le refirió que su esposa había dado a luz a una niña sana, y que además su esposa estaba grave en el área de quirófano y más tarde le informarían el estado de salud. Posteriormente, una ambulancia se presentó en dicho hospital para que su esposa fuera trasladada al Hospital de La Villa, pues había sufrido un infarto. Él acudió al Hospital de La Villa; sin embargo, la ambulancia no llegó y lo enteraron de que se había agravado el estado de salud de su esposa.</p> <p>Al regresar al Hospital Materno Infantil de Cuauhtépec, el doctor de apellido Molina o Medina le informó que su esposa había fallecido. Con tal situación no está de acuerdo y la considera irregular.</p>

Fuente: Elaborado por la Dirección Ejecutiva de Seguimiento (DESC) con base en la información de la Recomendación 13/2006, disponible en <<http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx>>.

Recomendación 2/2009

Caso	Autoridades responsables	Derechos Violados	Hechos
<p>Negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal y de recursos materiales en la atención a la salud materno-infantil.</p>	<p>Sedesa y Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.</p>	<p>Derecho a la vida por negligencia médica.</p> <p>Derecho a la salud por negligencia médica.</p> <p>Derecho a la salud por deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales y disponibilidad de personal médico.</p> <p>Derecho a la salud por omisión en la información a las usuarias del servicio médico y el consentimiento informado.</p>	<p>Caso 6: Sobre inaccesibilidad al servicio de atención médica materno-infantil a tres mujeres embarazadas, debido a la carencia de personal.</p> <p>El 21 de septiembre de 2008 se comunicó por vía telefónica un peticionario para presentar una queja refiriendo que ese mismo día, desde las 13:00 horas, en los hospitales materno-infantil de Xochimilco y de Topilejo del Gobierno del Distrito Federal no había médicos ginecólogos para atender los partos que se presentaran y que en el Hospital Belisario Domínguez sólo había un médico para atender a las mujeres en trabajo de parto. También asentó que su esposa de 17 años (agraviada F1) y otras dos mujeres, una que contaba con 26 años (agraviada F2) y otra de 19 años de edad (agraviada F3), se encontraban en trabajo de parto y no se les brindaba la atención médica necesaria.</p> <p>Por lo anterior, esta Comisión solicitó el 21 de septiembre de 2008 a Armando Ahued Ortega, secretario de Salud del Distrito Federal, que se tomaran las medidas precautorias adecuadas y suficientes a fin que se giraran instrucciones pertinentes al personal médico del Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, para que de manera inmediata valoraran y certificaran, adecuada y profesionalmente, a las mujeres que estuvieran en trabajo de parto, a efecto de brindarles la atención médica que requirieran; asimismo, que en caso de necesitarse se realizaran las gestiones correspondientes para trasladarlas a la institución médica que su estado de salud requiriera.</p> <p>Al respecto, Osvaldo González La Riviere, director general del Hospital Belisario Domínguez respondió que las pacientes en cuestión fueron atendidas todas, por la única ginecóloga que se encontraba en el servicio; por esta razón, no pudieron ser atendidas con la premura que debiera, debido a la problemática de tener que atender además de las pacientes en consulta, otros eventos obstétricos tanto de atención de partos como de realización de cesáreas.</p> <p>Caso 7: Sobre falta de accesibilidad al servicio de atención médica en el Hospital Materno Infantil de Milpa Alta en agravio de tres mujeres, por carencia de personal.</p> <p>El 18 de octubre de 2008 una persona se comunicó vía telefónica a este Organismo para presentar una queja, en ella refirió que su nuera de 16 años de edad (agraviada G1), iba a dar a luz, por ello acudieron al Hospital Materno Infantil de Milpa Alta pero de inicio se negaron a atenderla, argumentando no tener gineco-obstetra ni anestesiólogo. La peticionaria refirió que solamente después de que ella exigió la atención médica recibieron a su nuera.</p> <p>Asimismo, solicitó a esta Comisión la investigación la atención médica que se brinda en dicho hospital, ya que por la negativa de atención médica, aproximadamente tres horas antes de la queja que dio origen a este expediente, una señora (agraviada G2 de quien desconoce sus datos) dio a luz en el consultorio del nosocomio, pero como el bebé nació sin que se le prestara atención médica, después falleció. Asimismo, el esposo de otra paciente (agraviada G3), se enfermó porque discutió con los médicos para que atendieran a su esposa.</p> <p>Aproximadamente una hora después, se comunicó por vía telefónica a este Organismo, la mamá de la persona agraviada G2 quien dio a luz en un consultorio del Hospital Materno Infantil Milpa Alta, y cuyo recién nacido falleció. Ella afirmó que el 18 de octubre de 2008, su hija comenzó a sangrar, por lo que acudieron al referido hospital, donde un médico le indicó que todavía faltaba tiempo para que el bebé naciera, que regresara a su casa y permaneciera en reposo. Sin embargo, al regresar a su casa, los malestares continuaron y se intensificaron, por lo que fue revisada por dos doctores externos, los cuales le recomendaron regresar al hospital. Cuando llegó, el sangrado empeoró, por lo que entraron en uno de los consultorios del nosocomio y solicitaron la atención. El médico le ordenó que le bajara el pantalón a su hija, pero como ya el bebé estaba naciendo, dicho servidor público ya no hizo nada, y sólo permaneció observando. Posteriormente, les dijeron que el bebé había fallecido.</p>

Recomendación 2/2009 (continuación)

Caso	Autoridades responsables	Derechos Violados	Hechos
			<p>En esa misma visita, el personal de esta Comisión recibió la queja de otro peticionario quien les comentó a los visitadores adjuntos que al presentarse con su esposa (agraviada G3) por primera vez al Hospital General de Milpa Alta a las 17:00 horas del 17 de octubre de 2008, para que se le atendiera porque iba a dar a luz, los médicos la regresaron porque señalaron que todavía no era el momento. Al regresar al referido hospital a las 22:15 horas se negaron a atenderla, y le indicaron que no tenían posibilidades para asistirla en el parto porque no había anestesiólogo ni pediatra, por lo que le sugirieron buscar otro hospital. Debido al estrés que le generó la falta de asistencia médica para su esposa, el peticionario se desmayó en uno de los consultorios del hospital, ocasionándose dos pequeñas heridas. Al ver esta situación, los médicos accedieron a prestar la atención médica necesaria para él y su esposa.</p> <p>Al respecto, Benjamín Ortega Romero, director del Hospital General Milpa Alta, en el resumen clínico enviado a esta Comisión, elaborado el 29 de octubre de 2008, refirió que en el turno nocturno no contaban con ginecólogo.</p>

Fuente: Elaborado por la DES con base en la información de la Recomendación 2/2009, consultada en: <<http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/>>.

Recomendación 15/2012

Caso	Autoridades responsables	Derechos Violados	Hechos
Salud y vida de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y salud y vida de las niñas y los niños recién nacidos.	Sedesa.	<p>Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.</p> <p>Derecho a la integridad personal.</p> <p>Derecho a la vida.</p> <p>Derecho al desarrollo, supervivencia, a la vida, a la salud de las niñas y niños.</p> <p>Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (violencia institucional, violencia obstétrica, y contra los derechos reproductivos).</p>	<p>Caso E: En comparecencia de fecha 23 de septiembre de 2010, la agraviada (que cuando sucedieron los hechos era menor de edad) interpuso su queja ante esta Comisión, de la cual se desprenden los siguientes hechos:</p> <p>El 2 de septiembre de 2010 la agraviada acudió al Hospital General Iztapalapa, a fin de atender su parto.</p> <p>El médico residente que la atendió, no vigiló que la dilatación se había cumplido y éste se retiró a buscar una camilla.</p> <p>El bebé de la peticionaria fue expulsado sin que ningún médico o enfermera estuviera presente, a pesar de que ella solicitó ayuda. Al ser expulsado el bebé cayó al piso y hasta ese momento acudieron varias enfermeras y una doctora a atenderla.</p> <p>El hijo de la peticionaria le fue entregado el día 5 de septiembre y aparentemente estaba sano, pero ella se percató que su hijo tenía hinchada la pierna derecha; por lo que al día siguiente [6 de septiembre de 2010] acudió con el subdirector del Hospital Iztapalapa de nombre Alfredo Altamirano para comentarle la situación, a lo que contestó, sin revisarlo, que no tenía nada.</p> <p>A efecto de descartar algún problema, la peticionaria acudió a un médico particular quien le dijo que su hijo tenía una infección en la pierna; regresó con el director del Hospital quien determinó que se le deberían realizar unas placas para descartar alguna luxación.</p> <p>El 14 de septiembre se les canalizó al Hospital Pediátrico Infantil Iztacalco donde se diagnosticó que el niño tenía luxación de cadera, fractura de brazo izquierdo y una luxación en la mandíbula, y quedó internado desde ese día.</p>

Fuente: Elaborado por la DES con base en la información de la Recomendación 5/2012, consultada en: <<http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/>>.

Recomendación 3/2015

Caso	Autoridades responsables	Derechos violados	Hechos
<p>Falta de atención oportuna y adecuada a mujeres, algunas de ellas adolescentes, que requirieron servicios de salud pública del Distrito Federal, durante el embarazo, parto y puerperio, así como acciones y omisiones que les generaron violencia, sufrimientos innecesarios, y afectaciones a varios derechos, y deficiencia en la atención de niñas y niños recién nacidos.</p>	<p>Sedesa.</p>	<p>Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.</p> <p>Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y el derecho al desarrollo y la supervivencia en el caso de las niñas y niños, en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal.</p> <p>Derechos de las niñas, niños y adolescentes, en particular de las adolescentes embarazadas.</p> <p>Derechos sexuales y reproductivos en conexidad con los derechos a la vida privada e intimidad, salud y autonomía reproductiva e integridad personal.</p>	<p>Caso L: La persona agraviada (en adelante, la persona agraviada L) de 17 años acudió al Hospital Materno Infantil Cuauhtepac de la Secretaría de Salud de Distrito Federal, el 5 de julio del 2013 a las 12:00 horas, ya que presentaba dolores de parto. Es revalorada a 20:30 horas y se registra frecuencia cardiaca fetal de 148 x minuto, al tacto vaginal con cérvix, borrado 70%, dilatación de 4 cm, con membranas integrales, le indican volver en 4 horas con signos de alarma obstétrica. A la 01:00 horas la ingresan a Tococirugía.</p> <p>A las 06:20 horas del 6 de julio de 2013, nació el hijo de la persona agraviada L, con la atención de personal médico residente de segundo año, ya que no había personal especializado en ginecología, motivo por el cual no fue valorada por un médico encargado. En ese lapso, la persona agraviada L presentó una hemorragia obstétrica, pese a que era una persona menor de edad y cursaba un embarazo de alto riesgo, el hospital no contaba en ese turno con personal para atender adecuadamente la emergencia.</p> <p>El personal especializado se presentó hasta las 08:00 de ese día a pesar de que la paciente se reportaba grave y pendiente de transfusión sanguínea, pero no se contaba con banco de sangre en ese nosocomio. A las 10:00 horas fue trasladada al Hospital General La Villa, donde personal médico informó a la persona peticionaria L que la persona agraviada L presentaba desgarre de vagina, así como anemia por la pérdida de sangre.</p> <p>El hijo de la persona agraviada L fue egresado aparentemente sin complicación alguna.</p> <p>Caso Q: El 12 de agosto de 2014, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada Q) de 17 años de edad, acudió al área de urgencias del Hospital Materno Infantil Cuauhtepac, debido a que tenía 40 semanas de gestación y presentaba un fuerte dolor abdominal. Fue atendida por un médico, quien la valoró y revisó los signos vitales del feto, indicándole que los dolores se debían a que tenía una infección en las vías urinarias, prescribiéndole medicamento y aplazando la atención que requería.</p> <p>El 15 de agosto de 2014, la persona agraviada Q, acudió nuevamente a ese hospital debido a que los dolores continuaban, pero personal médico le dijo que tenía 2 cm de dilatación, aplazando nuevamente la atención del parto.</p> <p>La madrugada del 17 de agosto de 2014, la persona agraviada Q, acudió una vez más al Hospital referido debido a los dolores que presentaba y la doctora que la revisó le indicó que aún faltaba para que iniciara la labor de parto, ya que su cuello aún no se dilataba y le dijo que regresara a su domicilio.</p> <p>El 18 de agosto de 2014, a las 20:00 horas ingresó al área de urgencias del citado nosocomio debido a que continuaba con el dolor abdominal y su vientre estaba duro. Los médicos que la atendieron la valoraron y revisaron a su hijo, pero no escucharon su corazón. Por ello, le realizaron un ultrasonido de emergencia, durante el cual se observó que los latidos del corazón del producto eran lentos y se percataron cuando dejó de latir. Los médicos estuvieron esperando durante 20 minutos con el aparato de ultrasonido para ver si el corazón de su hijo volvía a latir, y le confirmaron que había fallecido. En ese momento los médicos la regañaron porque no había acudido al hospital para que fuera revisada, culpándola de la muerte de su hijo.</p> <p>El personal del referido Hospital le dio a la mamá de la persona agraviada Q una hoja en la cual se indicaba que se le realizaría una cesárea, sin embargo le suministraron un medicamento para que el producto se hiciera más pequeño, comenzó el trabajo de parto y el producto saliera de forma natural. Fue hasta las 19:00 horas del 19 de agosto cuando tuvo el alumbramiento de un varón sin vida.</p> <p>El 22 de agosto, cuando fue dada de alta, el personal médico solicitó a la madre de la persona agraviada Q que firmara la hoja de alta con la leyenda "recibo a mi hija en buen estado". Al firmarla, le dijeron que ésta se encontraba delicada.</p>

Recomendación 3/2015 (continuación)

Caso	Autoridades responsables	Derechos violados	Hechos
			<p>Caso U: La agraviada, adolescente embarazada de 15 años de edad, acudió al Hospital Materno Infantil Inguarán, para recibir atención debido a que presentaba dolor abdominal, en dicha ocasión le comentaron que era normal porque el producto se estaba acomodando; sin embargo, al acudir a un doctor particular, éste le comenta que necesitaba ser atendida de urgencia porque ya no contaba con líquido amniótico. Por lo anterior regresa al hospital anteriormente mencionado, en donde le practican una cesárea, sin permitir a los padres verla ni asistirle durante la noche. En este lapso del tiempo se complica el estado de salud de la agraviada y fallece, además de lo anterior sus familiares argumentan que fueron víctimas de comentarios discriminatorios.</p>

Fuente: Elaborado por la DES con base en la información de la Recomendación 3/2015, disponible en <<http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/>>.

Los siete casos arriba descritos permiten evidenciar en primer lugar, la existencia y recurrencia de violaciones a los derechos humanos de mujeres adolescentes embarazadas; pues tales hechos han sido documentados en varias ocasiones en recomendaciones emitidas por la CDHDF desde 2006, posteriormente en 2009 y 2012, y nuevamente en 2015. Estos casos involucran violaciones específicas a los derechos sexuales y reproductivos, a la salud, de las niñas, los niños y las y los adolescentes, al proyecto de vida y a la vida de estas personas.

En todas las ocasiones, la autoridad señalada como responsable de las violaciones es la Secretaría de Salud del Distrito Federal y específicamente el Hospital Materno Infantil de Tláhuac, el Hospital Materno Infantil de Xochimilco, el Hospital Materno Infantil de Topilejo, el Hospital General de Iztapalapa, el Hospital Materno Infantil Inguarán, el Hospital General de Milpa Alta y, en dos casos, el Hospital Materno Infantil de Cuatepec, todos pertenecientes a la red hospitalaria del Distrito Federal. Cabe señalar que las cuatro recomendaciones en comento fueron aceptadas por la autoridad señalada como responsable.

Los casos documentados presentan similitudes, todos refieren a mujeres adolescentes en trabajo de parto, algunas de ellas con complicaciones de salud durante su atención prenatal, a las que se les niega la atención médica por falta de personal, en particular personal especializado para tratar de manera adecuada situaciones de emergencias obstétricas. Desde el primer momento en que las adolescentes embarazadas asistieron a los hospitales públicos con síntomas de parto o en su fecha de alumbramiento se les obstaculizó el acceso a la atención médica necesaria. Se evidencia también la falta de atención oportuna, adecuada y eficaz a la salud materna durante el embarazo, parto o puerperio, incluso en los casos de complicaciones, así como la insuficiencia de recursos, insumos adecuados y personal médico, en perjuicio de las madres agraviadas y/o de sus productos, hijas o hijos. Asimismo se denuncian malos tratos por parte del personal o su falta de sensibilidad e incluso actos de violencia obstétrica hacia las personas agraviadas.

En la última recomendación emitida (3/2015), la CDHDF señala que en los tres casos que involucran mujeres adolescentes embarazadas, la atención médica resultó inadecuada e inoportuna, incumpliendo con el deber superior de cuidado que debía observarse al tratarse de casos de embarazo en adolescentes, lo que puso en riesgo su salud y su vida. Además se documenta que el retardo en la atención médica, la ausencia de personal e insumos adecuados, así como la falta de sensibilidad

y la violencia obstétrica vulneraron el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, ya que causó sufrimiento innecesario a las agraviadas.

Asimismo, en este instrumento recomendatorio se identifica una serie de limitaciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres embarazadas, en particular los siguientes:⁵²¹

- a) la falta de información por parte del personal de salud hacia las mujeres, acerca de sus derechos sexuales y reproductivos, así como de los procedimientos e intervenciones médicas durante la atención obstétrica, principalmente en el proceso de parto;
- b) el desconocimiento de las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos de la mujer, por tanto el personal de salud ejerce poder para presionarlas o forzarlas a utilizar métodos anticonceptivos;
- c) el ejercicio de poder por parte del personal médico se intensificó principalmente en los casos en que las mujeres cursaban por su primer embarazo;
- d) la insuficiencia de personal, especialistas, equipo, materiales, etc., y
- e) la discriminación, respecto a los atributos de las mujeres (edad, situación económica, por presentar una enfermedad como el VIH), en el trato que se brindó se detectó que las mujeres percibieron una inadecuada calidad de la atención, condicionadas a recibir atención en los hospitales públicos, al estar afiliadas al seguro popular como su única alternativa.

Puntos recomendatorios emitidos por la CDHDF

Las complicaciones, e incluso las muertes, provocadas por omisiones de la autoridad en la atención o el cuidado hospitalario, que podrían ser evitables y que ponen en riesgo la salud y la integridad personal de las mujeres y las adolescentes durante el embarazo, el parto o puerperio en más de una ocasión han sido objeto de recomendación por este organismo público autónomo. Para la CDHDF el embarazo y el nacimiento son eventos trascendentales en la vida de las mujeres y sus familias, por lo que todas las mujeres embarazadas, incluso las adolescentes, deben de tener una maternidad sin discriminación, libre, segura, plena, digna y autónoma que son parte fundamental del ejercicio del derecho a la salud materna.

En este sentido, la Comisión promueve la creación de políticas públicas que cumplen con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de servicios de salud para las mujeres embarazadas. Entre otros puntos, se ha recomendado a las autoridades capitalinas la adopción de las siguientes medidas:⁵²²

- a) La implementación de medidas para la atención de emergencia en los casos de afectación a la salud del binomio madre e hijo(a) y la canalización de emergencias a otros hospitales, en caso de que un nosocomio no tuviera la capacidad humana y material para atenderla;
- b) el mejoramiento de los mecanismos de referencia y contra-referencia hospitalaria;

- c) el desarrollo de un programa para la sustitución de los médicos especialistas, que pudiera cubrir las ausencias en el área de gineco-obstetricia de los hospitales;
- d) el mejoramiento del procedimiento de consentimiento informado;
- e) el desarrollo de un diagnóstico sobre los hospitales que brindan servicios de salud en materia gineco-obstétrica para detectar las carencias materiales, y
- f) el desarrollo de medidas para suplir las carencias de recursos humanos y materiales.

A pesar de que la autoridad ha realizado acciones importantes para acatar las recomendaciones que este organismo ha emitido, en el trabajo de seguimiento se han detectado algunos obstáculos, entre ellos se encuentran la falta de cumplimiento de ciertos puntos recomendatorios relacionados con la atención humanizada al parto, la elaboración del estudio para conocer la demanda de atención en los hospitales en materia de ginecoobstetricia, la asignación de los recursos materiales y humanos, la generación de información detallada sobre la atención médica proporcionada, o la realización de pagos extemporáneos para la reparación de los daños, entre otros.

Con respecto a la situación particular de las mujeres adolescentes, este organismo ha señalado que:

Esta Comisión hace un llamado a las autoridades del Distrito Federal para que logren que la atención hospitalaria de segundo nivel que se ofrece a las madres y a las niñas y niños recién nacidos en la ciudad sea oportuna y suficiente, cuente con equipamiento y suministros adecuados, normas, medios de comunicación, sistema de referencia y transporte expedito para la resolución de eventos obstétricos; que brinde atención calificada a todas las mujeres que la necesiten, otorgando un especial cuidado a aquellos embarazos considerados de riesgos, que pueden presentarse en madres adolescentes o con otras condiciones de salud no favorables.⁵²³

De manera puntual en la Recomendación 3/2015 se incluyen dos puntos recomendatorios vinculados directamente con la atención de mujeres adolescentes, los cuales fueron aceptados; a la fecha de elaboración del presente informe se encuentran parcialmente cumplidos, a saber:

Octavo. En un plazo máximo de un año, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, la Secretaría de Salud del Distrito Federal capacite al personal que se desempeña en la prestación de los servicios de salud materno infantil (personal administrativo, de trabajo social, médico y de enfermería), en los temas de:

- a) Sus derechos y obligaciones, durante la prestación del servicio para la atención de embarazos, partos y puerperios, con la finalidad de prevenir la práctica de la violencia obstétrica e incidir en su erradicación,
 - b) Derechos humanos y derechos reproductivos, con perspectiva de género.
 - c) Derechos de la niñez, en particular, los derechos de las mujeres embarazadas adolescentes.
- [...]

Duodécimo primero. En un plazo máximo de seis meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, desarrolle un protocolo para la atención especializada de mujeres adolescentes embarazadas en todos los hospitales de la Red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal donde se brinde este tipo de atención médica, haciéndolo del conocimiento del personal de dichos centros e instruyendo su observancia.⁵²⁴

Consideraciones finales

Las y los adolescentes son personas titulares de derechos con requerimientos y características específicas que evidencian la necesidad de ser visibilizados como un grupo de población diferente al de la infancia. La población adolescente requiere atención acorde a su etapa de desarrollo evolutivo y reconocimiento de su autonomía que, aunque es progresiva, es imprescindible para que puedan vivir su adolescencia y cursarla como una etapa de la vida valiosa en sí misma y que también les prepara para la vida adulta.

Las familias, la sociedad y el Estado tienen la responsabilidad de dar a las y los adolescentes una protección integral, guiarles, orientarles y darles las herramientas necesarias para que ejerzan sus derechos, asegurar que puedan expresar su opinión, que ésta sea tomada en cuenta, así como a participar activamente en los asuntos que les afectan; es necesario proporcionarles una educación encaminada a desarrollar su personalidad, aptitudes y capacidad mental y física, y prepararles para asumir una vida responsable, tal como lo señala la Convención sobre los Derechos del Niño.⁵²⁵

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa en la que las personas comienzan a experimentar y ejercer la sexualidad, realidad que no puede ser negada y que se enfrenta a tabúes, estigmas culturales y normas sociales que conciben a la vida sexual como una actividad exclusivamente adulta que debe reprimirse entre quienes no cumplen requisitos de edad, estado civil, entre otros; lo anterior enfrenta a las y los adolescentes a sufrir de discriminación, a barreras y obstáculos para acceder a información, educación, productos y servicios adecuados, oportunos, integrales y libres de prejuicios que les permitan comprender su sexualidad, protegerse de riesgos, tomar decisiones informadas, cuidar su salud y bienestar, en general, disfrutar y ejercer sus derechos. Así, el ejercicio de la sexualidad entre las y los adolescentes debe estar enmarcado bajo un enfoque de derechos y de género, en especial los derechos sexuales y reproductivos.

El Estado debe proteger de manera reforzada los derechos de las y los adolescentes, en especial por su condición de desarrollo, para asegurar que éste sea integral, así como respetar, proteger, garantizar y promover su ejercicio; es de particular importancia prestar atención especial a las cuestiones relacionadas con la sexualidad de este grupo de población para velar porque tengan acceso en pie de igualdad a información, a adecuadas medidas preventivas y a una vida activa, tal como lo establece el Comité de los Derechos del Niño.

Si bien en México y en el Distrito Federal existen avances normativos que abonan al cumplimiento de la obligación estatal de respetar los derechos de las y los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, el desafío es avanzar hacia el reconocimiento explícito de los derechos sexuales y reproductivos de esta población en la legislación. Asimismo, se deben promover servicios especializados de prevención y atención, basados en las necesidades específicas de este grupo de población, que respeten su autonomía progresiva y la confidencialidad, y sea brindada de forma respetuosa y amigable.

El embarazo en adolescentes, de manera general, se presenta en el contexto de estigmatización de la sexualidad antes mencionado y puede ser entendido como la consecuencia de la falta del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, que lleva a las adolescentes a ejercer su sexualidad de una manera desprotegida, insegura y no informada. Lo anterior se suma a la existencia de construcciones culturales que deben ser deconstruidas, tales como los roles tradicionales de género, la relación unívoca entre el ejercicio de la sexualidad femenina con la reproducción o la maternidad como determinante de identidad de la mujer y no como una opción que puede ser libremente elegida, planeada, aplazada, interrumpida o no escogida, entre otros.

Los embarazos en la adolescencia dan cuenta de la existencia de múltiples aspectos desfavorables al ejercicio de los derechos como la falta de uso de métodos anticonceptivos, prejuicios en contra de que las mujeres accedan a ellos o a la interrupción legal del embarazo, contextos de pobreza, falta de oportunidades para construir un proyecto de vida, riesgo de ser víctima de un abuso sexual o de presiones, y carencia de políticas públicas adecuadas de prevención y atención a la salud sexual y reproductiva. La investigación realizada dio cuenta de la inexistencia de un programa de derechos sexuales y reproductivos dirigido a atender las necesidades particulares de la población adolescente en materia de sexualidad, salud sexual y reproductiva, así como de prevención y atención del embarazo en adolescentes en el Distrito Federal, el cual pueda ser evaluado y que contemple la participación activa y permanente de este grupo de población. En una sociedad en la que persisten estigmas acerca de la autonomía y del ejercicio de la sexualidad libre y segura de las y los adolescentes, no es suficiente contar con un programa general de salud, sino con uno específico mediante el que las autoridades capitalinas se coordinen bajo una visión de derechos, para atender debidamente sus obligaciones y los retos que enfrenta esta población para poder acceder y recibir los servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y de calidad, y garantizarles el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Asimismo, la existencia de programas dispersos con poco presupuesto que son ejecutados por las distintas dependencias del Distrito Federal evidencia la falta de una acción integral y conjunta en materia de derechos sexuales y reproductivos de adolescentes que permita en particular incidir en la prevención y atención al embarazo en este grupo de población, bajo una misma lógica de actua-

ción respetuosa de los derechos humanos. Lo anterior reafirma la necesidad del establecimiento de un programa integral, dirigido a atender las necesidades que presenta la población adolescente, rescatando las buenas prácticas que han sido implementadas hasta ahora en la materia. Además, la falta de registros adecuados que impiden a las instituciones conocer las características de la población que atienden y acceden a sus programas es otro de los retos sobre los que se debe trabajar.

Si bien es prioritaria la prevención del embarazo en la adolescencia, al momento de presentarse las adolescentes deben tener acceso a servicios de salud materna especializados en la atención a este grupo de población, que proporcionen atención oportuna, adecuada y eficaz durante el embarazo, el parto y el puerperio. Como se observó en la investigación, es alarmante que 90.3% de las mujeres adolescentes embarazadas atendidas en instituciones públicas en el Distrito Federal no hayan buscado atención sino hasta su segundo y tercer trimestre de embarazo, a pesar de que el embarazo en esta etapa es catalogado como de alto riesgo; lo anterior, contraviene y pone en riesgo la salud de las adolescentes, ya que la recomendación es que la primera consulta prenatal debe brindarse durante las primeras 12 semanas de gestación.

La anterior preocupación se refuerza con la serie de limitaciones que enfrentan las adolescentes embarazadas en la capital y que han sido identificadas en las recomendaciones emitidas por esta Comisión, entre las que se documentan casos de atención médica inadecuada e inoportuna que han puesto en riesgo su salud y su vida, el retardo en la atención médica, la ausencia de personal e insumos adecuados, así como la falta de sensibilidad y la violencia obstétrica que ejerce el personal de los hospitales públicos hacia mujeres adolescentes embarazadas o durante el parto o puerperio, todos los cuales vulneraron los derechos de las adolescentes agraviadas.

Asimismo, se identifican retos en materia educativa que permitan a las adolescentes que se embarazan el no dejar la escuela, ya sea por condiciones económicas, sociales o culturales; a la fecha, las instituciones educativas del Distrito Federal no cuentan con un diagnóstico que dé cuenta del número, características, ni retos que las adolescentes capitalinas embarazadas enfrentan, por lo que no cuentan con programas que las atiendan, como lo establece la normatividad local.

Por último, un tema sobre el que hay que avanzar es en el establecimiento de mecanismos de regulación y supervisión de los entes privados que prestan servicios educativos y de salud a la población adolescente con el objetivo de protegerlos de posibles vulneraciones a sus derechos.

Frente a la persistencia de los retos y obstáculos que se han presentado a lo largo del informe, se despliega a continuación un conjunto de propuestas sobre las que deben trabajar las autoridades capitalinas:

1. Establecer un programa de derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes en la Ciudad de México, diseñado desde una perspectiva de género, intergeneracional e intercultural, que permita identificar y atender las desigualdades múltiples que condicionan la experiencia de la adolescencia; que priorice la coordinación de las dependencias y de distintas estrategias y acciones existentes y las refuerce bajo una misma visión, con el fin de garantizar la satisfacción de necesidades específicas de este grupo de población y bajo los principios de autonomía progresiva, interés superior de las y los adolescentes, desarrollo evolutivo, entre otros.

Como lo han recomendado los organismos internacionales de derechos humanos antes citados, a través de este programa se deben establecer y promover servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, accesibles, oportunos y especializados en la atención de la población adolescente, en general y a las mujeres adolescentes embarazadas en particular, con personal altamente capacitado y joven, que les garantice:

- Su derecho a solicitar y recibir servicios en materia de sexualidad, servicios de salud sexual y reproductiva, acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, incluida la anticoncepción oral de emergencia, e incluso intervenciones médicas, sin que sea obligatoria la presencia ni consentimiento de las madres, padres o tutores.
 - Su derecho a contar con los servicios de salud sexual y reproductiva; para ello el personal médico y administrativo que atiende debe encontrarse libre de prejuicios, estereotipos y obstáculos que violenten los derechos de la población adolescente; prohibiendo actitudes discriminatoras y asegurando en todo momento un trato digno y respetuoso.
 - Su derecho a acceder a servicios apropiados, que les doten de la información que necesiten en un lenguaje claro y acorde a sus necesidades, salvaguardando sus derechos a la intimidad, la confidencialidad, y el consentimiento libre e informado, entre otros.
2. Cumplir con los puntos recomendatorios emitidos por la CDHDF, en particular el punto establecido en la Recomendación 3/2015 respecto del desarrollo de un protocolo para la atención especializada de mujeres adolescentes embarazadas en todos los hospitales de la red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal donde se brinde este tipo de atención médica, y su difusión entre el personal de dichos centros para que lo conozcan, así como instruir su observancia.
 3. Eliminar los obstáculos para el acceso a la interrupción legal del embarazo entre las adolescentes, en particular, modificar el Manual de procedimientos para la interrupción legal del embarazo en las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en relación con:
 - a) Cuando la mujer embarazada sea menor de edad, el personal médico tratante deberá recabar la firma o huella digital de consentimiento del padre, madre, quien ejerza la patria potestad, tutor o responsable legal en el formato Consentimiento Informado de la Usaria para la Interrupción Legal del Embarazo (ECHA-16.1.1).
 - b) El señalamiento de que la práctica de procedimientos para la interrupción legal del embarazo solo podrá realizarse a solicitud de la mujer embarazada que decida de manera voluntaria la interrupción de su embarazo, argumentado condiciones desfavorables de tipo social, económico o familiar; como puede ser la precariedad económica, estar cursando estudios en escuelas de nivel medio, medio superior, superior o postgrados o la disolución de lazos de afectividad familiar, entre otras.

4. Reformar la Ley de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México para reconocer de manera explícita los derechos sexuales y reproductivos en el catálogo de derechos de la misma ley, y emitir su Reglamento, asegurando que incluya los mecanismos pertinentes para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.
5. Implementar las líneas de acción del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal relativas que impactan los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, en particular de la 1605 a la 1613, relacionadas con programas y servicios de prevención y atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.
6. Implementar el sistema local de protección integral de niñas, niños y adolescentes en el Distrito Federal y en las delegaciones, así como la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA).
7. Establecer un sistema de información y base de datos confiable y actualizado que permita conocer la cantidad, perfiles y características de población adolescente que acceda a los servicios y programas de las dependencias e instituciones públicas del Distrito Federal, en particular aquellos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, así como sus principales características, que permita identificar problemas y retos a ser atendidos; dicho sistema deberá contar también con información sobre adolescentes embarazadas, la atención que reciben y, en su caso, las denuncias de violencia sexual que hayan hecho.
8. Prohibir en la normatividad de las instituciones educativas del nivel medio superior de la ciudad, que se expulse, suspenda, cambie de horario, de establecimiento escolar, se cancele su matrícula, entre otras, que afecte a las adolescentes embarazadas para ingresar o permanecer en ellas; asimismo, se deben establecer facilidades académicas y administrativas que posibiliten su permanencia en el sistema educativo, tal como lo establece la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.
9. Modificar el plan de estudios del IEMS para incluir materias sobre perspectiva de género, educación sexual y derechos sexuales y reproductivos, con contenidos y materiales de calidad, basados en evidencia científica y accesibles que no perpetúen estereotipos lesivos y discriminatorios, y que respondan a las necesidades de las y los adolescentes; asimismo, el IEMS debe contar con programas de formación docente pertinentes en la materia, tal como lo recomienda el Comité CEDAW, el Comité DESC y el Comité de los Derechos del Niño.
10. Implementar una estrategia dirigida a prevenir y erradicar todas las formas de violencia en contra de las mujeres adolescentes, en particular la violencia sexual, que se integre de acciones coordinadas entre las distintas dependencias del gobierno del Distrito Federal involucradas en la materia, entre ellas, la Secretaría de Salud, la Procuraduría de Justicia del

Distrito Federal, la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal, entre otros. Esta estrategia debe, entre otros puntos:

- a) Contar con un protocolo de atención que establezca lineamientos y medidas claras para tratar a las adolescentes embarazadas, detectar si han sido víctimas de violencia sexual, atenderlas de manera adecuada y oportuna. En particular, al presentarse embarazos en menores de 15 años de edad se deben reportar de manera sistemática al ministerio público, tal como lo establece la NOM-046-SSA2-2005, y dar seguimiento puntual al caso.
- b) Capacitar a jueces, policías y profesionales de la salud para reconocer, responder y atender las distintas formas de violencia contra la mujer de manera eficaz, tal como lo establece la CEDAW.

En la coyuntura de la reforma política del Distrito Federal y de la redacción y adopción de la Constitución de la Ciudad de México, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal se pronuncia a favor de que el nuevo texto constitucional considere cabalmente los avances alcanzados en la ciudad en materia de derechos sexuales y reproductivos, y se aproveche esta oportunidad para consolidar el reconocimiento de estos derechos, y ampliar su ejercicio en beneficio de las personas en general, y de las y los adolescentes en particular.

Referencias

- ¹ Estas recomendaciones son la 13/2006, la 2/2009 y la 3/2015. Para su consulta *in extenso véase* CDHDF, “Recomendaciones”, disponible en <<http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/>>, página consultada el 15 de febrero de 2016.
- ² Mónica González Contró, *Derechos humanos de los niños: una propuesta de fundamentación*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 2008, pp. 147-149.
- ³ Conapo, *Salud sexual y reproductiva. Distrito Federal, ENADID 2014*, México, Conapo, 2014, disponible en <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Libros_Salud/DF/index.html>, página consultada el 15 de febrero de 2016.
- ⁴ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), *Adolescentes*, OACNUDH (Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos), 2015, disponible en <<http://www.oacnudh.org/wp-content/uploads/2015/08/Adolescentes-Informacion-Sobre-Salud-y-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf>>, página consultada el 15 de enero de 2016; y Claudia Ahumada y Shannon Kowalski-Morton, *Derechos sexuales y reproductivos. Guía para activistas jóvenes*, Ottawa, Youth Coalition, 2006, disponible en <http://www.espolea.org/uploads/8/7/1/2/7/8727772/guia_activista_dsdr_withcover.pdf>, página consultada el 15 de enero de 2016.
- ⁵ Gloria Elizabeth García Hernández, “Un enfoque social sobre el embarazo en la adolescencia”, en *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades Iztapalapa*, año 19, núm. 47, México, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), extraordinaria de 1999, pp. 235-248.
- ⁶ *Ibidem*.
- ⁷ Mónica González Contró, “La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes”, en *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, núm. 20, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas (IIJ)-UNAM, enero-junio de 2009, disponible en <<http://biblio.juridicas.unam.mx/revista/CuestionesConstitucionales/numero/20/ard/ard7.htm>>, página consultada el 12 de enero de 2016.
- ⁸ Gabriela Z. Salomone, “La noción jurídica de autonomía progresiva en el campo de la niñez y adolescencia: incidencias subjetivas e institucionales”, en *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Buenos Aires, Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, 2013, pp. 210-212, disponible en <<http://www.aacademica.org/000-054/56>>, página consultada el 13 de enero de 2016.
- ⁹ Mónica González Contró, *Derechos humanos de los niños: una propuesta de fundamentación*, *op. cit.*, p. 147; Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), *Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en casos que involucren niñas, niños y adolescentes*, 2ª ed., México, SCJN, 2014.
- ¹⁰ Gloria Elizabeth García Hernández, *op. cit.*, p. 237.
- ¹¹ Mónica González Contró, “La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes”, *op. cit.*, p. 241.
- ¹² Lourdes Gaitán Muñoz, “La nueva sociología de la infancia. Aportaciones de una mirada distinta”, en *Política y Sociedad*, 2006, vol. 43, núm. 1, pp. 14 y 15.
- ¹³ Silvia E. Laino Pereyra, “Autonomía progresiva de la voluntad”, en *Manual para la defensa jurídica de los derechos humanos de la infancia*, Uruguay, UNICEF, 2012, pp. 18-38.

- ¹⁴ Catherine Menkes y Leticia Suárez, “Sexualidad y embarazo adolescente en México”, en *Papeles de población*, vol. 9, núm. 35, México, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población-Universidad Autónoma del Estado de México, enero-marzo de 2003, pp. 233-263.
- ¹⁵ Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 12 de noviembre de 2015, artículo 5°; y Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de diciembre de 2014, artículo 5°.
- ¹⁶ David de Jesús Reyes y Esmeralda González Almontes, “Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente”, en *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, núm. 17, México, Universidad Autónoma de Nuevo León, agosto de 2014, pp. 100 y 101.
- ¹⁷ Gloria Elizabeth García Hernández, *op. cit.*, p. 241.
- ¹⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014”, disponible en <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/default.aspx>>, página consultada el 15 de febrero de 2016.
- ¹⁹ Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 11 de septiembre de 2013, p. 22.
- ²⁰ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones para los Derechos Humanos, *Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y la aplicación*, HR/PUB/12/5, Nueva York/Ginebra, ONU, 2012.
- ²¹ *Ibidem*, p. 39.
- ²² *Ibidem*, p. 41.
- ²³ *Ibidem*, p. 42.
- ²⁴ UNFPA, *El poder de 1 800 millones, los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. Estado de la población mundial 2014*, UNFPA, 2014, p. 2.
- ²⁵ Instituto Nacional de Geografía y Estadística, “Censos y conteos de población y vivienda. Censo de población y Vivienda 2010”, disponible en <<http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est#>>, página consultada el 8 de enero de 2016.
- ²⁶ OMS, *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias*, Ginebra, OMS/WHOFWC/MCA, 2012, disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf>, página consultada el 11 de enero de 2015.
- ²⁷ Joao Pedro Azevedo *et al.*, *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*, Washington, D. C., Banco Mundial/LAC, 2012.
- ²⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009”, disponible en <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/>>, página consultada el 15 de febrero de 2016.
- ²⁹ Véanse Gobierno de la República, *Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente*, México, enero de 2015, p. 25, disponible en <<http://www.issste.gob.mx/images/downloads/home/ENAPEA.pdf>>, página consultada el 17 de marzo de 2016; y David de Jesús Reyes y Esmeralda González Almontes, *op. cit.*, p. 106.
- ³⁰ UNFPA, *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. El estado de la población mundial 2013*, Nueva York, UNFPA, 2013, p. 11, disponible en <<http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>>, página consultada el 12 de enero de 2016.
- ³¹ Conapo, “Salud sexual y reproductiva. Distrito Federal, ENADID 2014”, *op. cit.*, p. 10; e INEGI/Conapo, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID. Principales resultados*, México, INEGI/Conapo, 9 de julio de 2015, disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados_enadid14.pdf>, página consultada el 18 de enero de 2016.
- ³² Gobierno del Distrito Federal-Sedesa, *Agenda Estadística 2014*, Cuadro 4.2. Nacidos vivos por institución según grupos de edad de la madre, Distrito Federal, 2014, p. 58, disponible en <http://www.salud.df.gob.mx/portal/media/agenda2014_portal/inicio.html>, página consultada el 17 de marzo de 2016.
- ³³ Espolea es una organización de la sociedad civil mexicana que tiene como misión *empoderar* a las y los jóvenes, desarrollar proyectos e iniciativas bajo una perspectiva juvenil, así como promover el respeto a los derechos humanos. Para más información véase <<http://www.espolea.org/>>.
- ³⁴ Espolea, “#Maternidad adolescente, embarazo y maternidad adolescentes”, disponible en <<http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ma-01.png>>, página consultada el 13 de enero de 2016.
- ³⁵ GIRE es una organización de la sociedad civil que trabaja por la defensa y promoción de los derechos reproductivos de las mujeres en México. Para mayor información véase <<http://www.gire.org.mx/>>.
- ³⁶ GIRE, *Niñas y mujeres sin justicia, derechos reproductivos en México*, México, GIRE, 2015, p. 36, disponible en <https://drive.google.com/a/cdhdf.org.mx/file/d/0B8jLzTd6J_gVTHEwX1kwaDFvRGc/view>, página consultada el 12 de enero de 2016.
- ³⁷ Aremis Villalobos Hernández *et al.*, “Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México”, en *Salud pública de México*, vol. 57, núm. 2, Instituto Nacional de Salud Pública, marzo-abril de 2015, pp. 135-143, disponible en <<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a8.pdf>>, página consultada el 12 de enero de 2016.
- ³⁸ Gobierno de la República, *Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente*, *op. cit.*, p. 34.
- ³⁹ Conapo, *Salud sexual y reproductiva. Distrito Federal, ENADID 2014*, *op. cit.*, pp. 2 y 4.

- ⁴⁰ *Ibidem*.
- ⁴¹ CDHDF, *Informe mujeres 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal*, vol. II, México, CDHDF, marzo de 2014, p. 53.
- ⁴² Red por los Derechos de la Infancia en México (Redim), *Informe alternativo sobre la situación de garantía de derechos de niñas, niños y adolescentes en México*, México, Redim, 2014, p. 35, disponible en <http://derechosinfancia.org.mx/documentos/Info_Alt_REDIM_Mexico.pdf>, página consultada el 13 de enero de 2016.
- ⁴³ Gloria Elizabeth García Hernández, *op. cit.*, p. 242.
- ⁴⁴ Claudio Stern, *El problema del embarazo en la adolescencia: contribuciones a un debate*, México, El Colmex, 2012, pp. 263 y 264.
- ⁴⁵ INEGI/Conapo, *Salud sexual y reproductiva. Distrito Federal, ENADID 2014*, *op. cit.*, p. 4. Esta encuesta considera a las mujeres de entre 15 y 19 años como adolescentes, por lo que al citar datos obtenidos a partir de la ENADID se debe tomar en cuenta que la información refiere a la población de este rango de edad.
- ⁴⁶ Claudio Stern, *op. cit.*, pp. 435-437.
- ⁴⁷ INEGI/Conapo, *Salud sexual y reproductiva. Distrito Federal, ENADID 2014*, *op. cit.*, p. 10.
- ⁴⁸ Véanse Catherine Menkes y Leticia Suárez, *op. cit.*, p. 253; y Gloria Elizabeth García Hernández, *op. cit.*, pp. 235-248.
- ⁴⁹ Véanse Myriam Oviedo y María Cristina García, “El embarazo en situación de adolescencia: una impostura en la subjetividad femenina”, en *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, vol. 9, núm. 2, Manizales, Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud-Universidad de Manizales/Alianza Cinde, 2011, pp. 929-943.
- ⁵⁰ *Ibidem*.
- ⁵¹ *Ibidem*.
- ⁵² Claudio Stern, *op. cit.*, pp. 435-437.
- ⁵³ David de Jesús Reyes y Esmeralda González Almontes, *op. cit.*, pp. 98-123.
- ⁵⁴ Myriam Oviedo y María Cristina García, *op. cit.*, p. 931.
- ⁵⁵ Joao Pedro Azevedo *et al.*, *op. cit.*, p. 12. Frente al postulado de que las mujeres que se embarazan a temprana edad pertenecen a sectores de bajo nivel socioeconómico, algunas autoras señalan que hay que cuestionarse en “¿qué medida es menos frecuente el embarazo en la adolescencia en sectores privilegiados?, ¿existen otras alternativas de este grupo frente al embarazo que lo hace invisible?, ¿es posible que estas mujeres tengan mayor posibilidad tanto cultural como económicamente para terminar el embarazo con un aborto sin que esto se haga público?, además de considerar que la gente más pobre tiene menos posibilidades de mantener en el ámbito de lo privado aspectos de su vida íntima (como la sexualidad y la reproducción), sobre todo cuando éstos suceden de manera diferente a lo establecido por la normatividad del grupo social al que pertenece el investigador”. Véase también Gloria Elizabeth García Hernández, *op. cit.*, pp. 235-248.
- ⁵⁶ Regina Jiménez Cogollo, “Aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente”, en *Revista Cuidarte*, vol. 3, núm. 1, Colombia, enero-diciembre de 2012, p. 884; Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995, párr. 97; Comité CEDAW, *Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*, CEDAW/C/MEX/CO/7-8, examinadas en sus reuniones 1051^a y 1052^a, celebradas el 17 de julio de 2012, p. 10.
- ⁵⁷ Claudio Stern, *op. cit.*, pp. 440 y 441.
- ⁵⁸ Gloria Elizabeth García Hernández, *op. cit.*, p. 243.
- ⁵⁹ David de Jesús Reyes y Esmeralda González Almontes, *op. cit.*, p. 112.
- ⁶⁰ Pio Iván Gómez *et al.*, *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*, Lima, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos-Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), 2011, p. 9. Véase también Gloria Elizabeth García Hernández, *op. cit.*, p. 245; y J. M. Contreras *et al.*, *Violencia sexual en América Latina y El Caribe: Análisis de datos secundarios*, Pretoria, Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual, 2010.
- ⁶¹ Lily Jara, *Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas. Indicador propuesto para el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina*, Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Oficina de Género, Etnicidad y Salud, disponible en <<http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/0/33810/embarazoadolescente.pdf>>, página consultada el 13 de enero de 2016; véase también OPS, *Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud*, Washington, D. C., OPS-Oficina de Género, Etnicidad y Salud, 2004, pp. 103 y 107.
- ⁶² Asamblea General de las Naciones Unidas, *Informe Mundial sobre la Violencia contra los niños: Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños de las Naciones Unidas*, A/61/299, del 29 de agosto de 2006.
- ⁶³ Pio Iván Gómez *et al.*, *op. cit.*, p. 25.
- ⁶⁴ Adivac, “Proyecto Prevención, detección y atención psicoterapéutica de la violencia sexual para niñas, niños, adolescentes y mujeres adultas, que viven en la ciudad de México y su zona conurbada”, disponible en <<http://adivac.org/pdf/informe2014.pdf>>, página consultada el 17 de marzo de 2016.
- ⁶⁵ Nadine Gasman *et al.*, “Violencia sexual en México”, en *Informe nacional sobre violencia y salud, ciudad de México*, México, Secretaría de Salud (SSA), 2006, citado en J. M. Contreras *et al.*, *op. cit.*, p. 41.
- ⁶⁶ J. M. Contreras *et al.*, *op. cit.*, p. 3.
- ⁶⁷ GIRE, *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*, *op. cit.*
- ⁶⁸ J. M. Contreras *et al.*, *op. cit.*, p. 39. Para más información, véase el informe de GIRE donde se presentan casos de abuso sexual a adolescentes que quedaron embarazadas y su acompañamiento para acceder a interrumpir el embarazo y por la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos. GIRE, *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*, *op. cit.*

- ⁶⁹ Organización Mundial de la Salud, “El embarazo en la adolescencia”, nota descriptiva núm. 3642, disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>>, página consultada el 17 de marzo de 2016.
- ⁷⁰ Comité CEDAW, *Informe sobre la situación de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres en México*, Nueva York, 17 de julio de 2012, párr. 7, disponible en <<http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/cedawmexico.pdf>>, página consultada el 15 de febrero de 2016.
- ⁷¹ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), CRC/C/GC/15, 62º periodo de sesiones, 17 de abril de 2013, párr. 56.
- ⁷² Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, *doc. cit.*, p. 37.
- ⁷³ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), *doc. cit.*, párr. 56.
- ⁷⁴ Gloria Elizabeth García Hernández, *op. cit.*, p. 245.
- ⁷⁵ David de Jesús Reyes y Esmeralda González Almontes, *op. cit.*, p. 109.
- ⁷⁶ *Ibidem.*
- ⁷⁷ En particular entre las principales razones que las mujeres de 15 a 19 años de edad señalaron para desertar están el hecho de embarazarse o tener hijos, ubicándose en la cuarta posición (para 6.9% fue la principal razón y para 11% fue una de las principales razones). Secretaría de Educación Pública (SEP), *Reporte de la Encuesta Nacional de Deserción en la Educación Media Superior*, México, SEP/Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE)/Consejo para la Evaluación de la Educación del Tipo Medio Superior (Copeems), 2012.
- ⁷⁸ Véanse Gloria Elizabeth García Hernández, *op. cit.*, p. 244; y David de Jesús Reyes y Esmeralda González Almontes, *op. cit.*, p. 111.
- ⁷⁹ Para ver una definición de cada una de estas afecciones véanse CDHDF, *Informe mujeres 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal*, *op. cit.*, p. 60; UNFPA, *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. El estado de la población mundial 2013*, *op. cit.*, p. ii; y David de Jesús Reyes y Esmeralda González Almontes, *op. cit.*, p. 102.
- ⁸⁰ Véanse CDHDF, Recomendación 3/2015, Falta de atención oportuna y adecuada a mujeres, algunas de ellas adolescentes, que requirieron servicios de salud pública del Distrito Federal durante el embarazo, parto y puerperio, así como acciones y omisiones que les generaron violencia, sufrimiento innecesarios y afectaciones a varios derechos, y deficiencias en la atención de niñas y niños recién nacidos. Esta recomendación consta de 21 expedientes, para su consulta *in extenso véase* <<http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2015/05/reco1503.pdf>>, página consultada el 17 de marzo de 2016; y Claudio Stern, *op. cit.*
- ⁸¹ Véanse UNICEF, *La adolescencia. Una época de oportunidades. Estado Mundial de la Infancia 2011*, Nueva York, UNICEF, 2011, p. 21; y UNFPA, *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. El estado de la población mundial 2013*, *op. cit.*, p. 19.
- ⁸² Autores como Claudio Stern hablan de dos años después de la menarquía.
- ⁸³ CDHDF, Recomendación 3/2015, *doc. cit.*, p. 119.
- ⁸⁴ UNFPA, *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. El estado de la población mundial 2013*, *op. cit.*, p. iv.
- ⁸⁵ La fístula obstétrica es una lesión grave que ocurre durante el proceso de parto. La presión sostenida que ejerce la cabeza del neonato sobre el hueso pélvico daña los tejidos blandos, los resultados son la perforación y creación de un orificio entre el canal del parto y la vejiga o el recto. El resultado es una constante filtración de orina y/o materia fecal a través del orificio y hacia la vagina. Véase UNFPA, *Cuando el parto es nocivo: La fístula obstétrica*, 2012, p. 3, disponible en <<http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SP-SRH%20fact%20sheet-Fistula.pdf>>, página consultada el 13 de enero de 2016.
- ⁸⁶ Organización de las Naciones Unidas, “Día internacional para la erradicación de la fístula obstétrica”, disponible en <<http://www.un.org/es/events/endlfistuladay/>>, página consultada el 13 de enero de 2016.
- ⁸⁷ David de Jesús Reyes y Esmeralda González Almontes, *op. cit.*, pp. 113 y 114.
- ⁸⁸ Véanse UNICEF, *La adolescencia. Una época de oportunidades. Estado Mundial de la Infancia 2011*, *op. cit.*, p. 21; y Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, numeral 85, disponible en <<http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaCap3.sp.htm>>, página consultada el 18 de enero de 2016.
- ⁸⁹ Gloria Elizabeth García Hernández, *op. cit.*, p. 236.
- ⁹⁰ Claudio Stern, *op. cit.*, pp. 100, 126, 438 y 439.
- ⁹¹ Regina Jiménez Cogollo, *op. cit.*, párr. 386.
- ⁹² Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, *loc. cit.*, numeral 15.
- ⁹³ Organización Mundial de la Salud, Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo, vol. 87, junio de 2009, pp. 405-484, disponible en <<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>>, página consultada el 17 de febrero de 2016.
- ⁹⁴ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, CRC/GC/2003/4, 21 de julio de 2003.
- ⁹⁵ Mónica González Contró, “La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes”, *op. cit.*, pp. 229-253.

- ⁹⁶ Silvia E. Laino Pereyra, *op. cit.*, pp. 20-24.
- ⁹⁷ Gabriela Z. Salomone, *op. cit.*, pp. 210-212.
- ⁹⁸ Mónica González Contró, “La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes”, *op. cit.*, p. 241.
- ⁹⁹ SCJN, *op. cit.*, p. 33.
- ¹⁰⁰ Mónica González Contró, “La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes”, *op. cit.*, p. 241.
- ¹⁰¹ SCJN, *op. cit.*, p. 49.
- ¹⁰² Lourdes Gaitán Muñoz, *op. cit.*, p. 15.
- ¹⁰³ Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución A/RES/44/25, durante su 44º periodo de sesiones, Nueva York, 20 de noviembre de 1989, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de enero de 1991, artículo 2º.
- ¹⁰⁴ Convención Americana sobre Derechos Humanos, aprobada y suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José de Costa Rica, 22 de noviembre de 1969, artículo 19.
- ¹⁰⁵ Silvia E. Laino Pereyra, *op. cit.*, pp. 19-38.
- ¹⁰⁶ Mónica González Contró, “La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes”, *op. cit.*, p. 241.
- ¹⁰⁷ Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 19.
- ¹⁰⁸ “1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”. Véase Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 4º.
- ¹⁰⁹ Mónica González Contró, “La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes”, *op. cit.*, pp. 249 y 250.
- ¹¹⁰ Véanse Margarita Griesbach Guízar, *Bienes públicos regionales para la atención integral de la primera infancia: lineamientos comunes, garantías mínimas y protocolos regionales*, México, CEPAL, 2013; y Margarita Griesbach Guízar, “La obligación reforzada del Estado frente a la infancia”, en *Dfensor*, núm. 12, México, CDHDF, diciembre de 2014, pp. 13-17.
- ¹¹¹ “Los principios son derechos que permiten ejercer otros derechos y resolver conflictos entre derechos igualmente reconocidos”. Véase Miguel Cillero Bruñol, “El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño”, en *Justicia y derechos humanos*, Santiago de Chile, UNICEF, 1999, pp. 45-62.
- ¹¹² Mónica González Contró, *Derechos humanos de los niños: una propuesta de fundamentación*, *op. cit.*, p. 408.
- ¹¹³ Miguel Cillero Bruñol, *op. cit.*, p. 10.
- ¹¹⁴ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 5. Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (artículos 4º y 42 y párr. 6º del artículo 44), CRC/GC/2003/5, 27 de noviembre de 2003, párr. 12.
- ¹¹⁵ Miguel Cillero Bruñol, *op. cit.*, p. 9.
- ¹¹⁶ Mónica González Contró, “La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes”, *op. cit.*, p. 243.
- ¹¹⁷ SCJN, *op. cit.*, pp. 42-45.
- ¹¹⁸ *Ibidem*, p. 44; y Miguel Cillero Bruñol, *op. cit.*, p. 11.
- ¹¹⁹ SCJN, *op. cit.*, p. 44.
- ¹²⁰ Miguel Cillero Bruñol, *op. cit.*, p. 14.
- ¹²¹ Silvia E. Laino Pereyra, *op. cit.*, p. 21.
- ¹²² Mónica González Contró, “La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes”, *op. cit.*, p. 244.
- ¹²³ Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 29.1.
- ¹²⁴ Gabriela Z. Salomone, *op. cit.*, p. 211.
- ¹²⁵ *Idem*.
- ¹²⁶ Silvia E. Laino Pereyra, *op. cit.*, p. 21.
- ¹²⁷ Mónica González Contró, “La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes”, *op. cit.*, p. 244.
- ¹²⁸ *Idem*.
- ¹²⁹ Véanse SCJN, *op. cit.*, p. 53; y Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, *doc. cit.*
- ¹³⁰ SCJN, *op. cit.*, pp. 48-50.
- ¹³¹ Mónica González Contró, “La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes”, *op. cit.*, p. 251.
- ¹³² SCJN, *op. cit.*, p. 53.
- ¹³³ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 12. El derecho del niño a ser escuchado, CRC/C/GC/12, aprobada en el 51º periodo de sesiones, 20 de julio de 2009, párrs. 1-31.

- ¹³⁴ Organización de las Naciones Unidas, Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, PLE-1/ES, Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013, acuerdo 9, p. 8.
- ¹³⁵ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Adolescentes*, *op. cit.*; y Claudia Ahumada y Shannon Kowalski-Morton, *op. cit.*
- ¹³⁶ Por ejemplo, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, la Observación General núm. 14. El derecho al más alto nivel posible de salud del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, entre otros.
- ¹³⁷ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), *doc. cit.*, párr. 24.
- ¹³⁸ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 3. El VIH/sida y los derechos del niño, *doc. cit.*, párr. 11.
- ¹³⁹ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), *doc. cit.*, párr. 24.
- ¹⁴⁰ Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 5° y 12. Véase también Claudia Ahumada y Shannon Kowalski-Morton, *op. cit.*, p. 17.
- ¹⁴¹ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párrs. 7, 11 y 33.
- ¹⁴² Alicia Mesa *et al.*, *Marco internacional y nacional de los derechos sexuales de adolescentes*, México, Afluentes/CDHDF, 2007, p. 41.
- ¹⁴³ Jimena Ávalos Capín, “Derechos reproductivos y sexuales”, en José Luis Caballero Ochoa *et al.*, (coords.), *Derechos humanos en la Constitución. Comentarios de jurisprudencia constitucional e interamericana*, t. II, IJ-UNAM/SCJN/Fundación Konrad Adenauer, 2013, pp. 2667-2289.
- ¹⁴⁴ OMS, *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002 Geneva*, Génova, OMS, 2006, disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf>, página consultada el 2 de febrero de 2016.
- ¹⁴⁵ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), *doc. cit.*, párr. 24.
- ¹⁴⁶ Commission on Population and Development, Report on the forty-fifth session (15 April 2011 and 23-27 April 2012), E/2012/25 E/CN.9/2012/8, United Nations, 2012.
- ¹⁴⁷ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), *doc. cit.*, párrs. 19 y 31.
- ¹⁴⁸ Comité DESC, Observación General núm. 14. 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, 11 de agosto de 2000, párr. 23.
- ¹⁴⁹ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párr. 11 y 39, inciso *b*.
- ¹⁵⁰ Jimena Ávalos Capín, “Derechos reproductivos y sexuales”, *op. cit.*, p. 2268.
- ¹⁵¹ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, A/RES/34/180, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979, artículos 12 y 16; Organización de las Naciones Unidas, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994)*, A/CONF.171/13, 18 de octubre de 1994, numerales 7.2-7.12.
- ¹⁵² Comité CEDAW, Recomendación General núm. 24. La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer), A/54/38/Rev.1., aprobada en el 20° periodo de sesiones, 1999, párrs. 2° y 8°; Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *op. cit.*, párrs. 2°, 8° y 39, inciso *b*.
- ¹⁵³ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *op. cit.*, párrs. 28, 31 y 39, inciso *d*.
- ¹⁵⁴ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), *doc. cit.*, párrs. 1°, 5°, 6°, 41 y 42.
- ¹⁵⁵ *Ibidem*, párr. 114.
- ¹⁵⁶ Comité DESC, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *doc. cit.*, párrs. 12, inciso *b*, *iv* y nota 12.
- ¹⁵⁷ El tema de la salud materna y la violencia obstétrica fue abordado ampliamente en un informe anterior: CDHDF, *Informe mujeres 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal*, *op. cit.*
- ¹⁵⁸ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belém do Pará, CIF/ASAM/REUNION, adoptada en el xxiv periodo ordinario de sesiones del 6 de septiembre de 1994, artículos 1° y 2°.
- ¹⁵⁹ Claudia Ahumada y Shannon Kowalski-Morton, *op. cit.*, pp. 43-45.
- ¹⁶⁰ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o Convención de Belém do Pará, artículo 3°.
- ¹⁶¹ Organización de las Naciones Unidas, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995, A/CONF.177/20/Rev.1, párr. 93.
- ¹⁶² Comité CEDAW, Recomendación General 24. La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer), *doc. cit.*, párr. 18.

- ¹⁶³ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 13. Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, CRC/C/GC/13, 18 de abril de 2011; Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 3. El VIH/sida y los derechos del niño, *doc. cit.*, párr. 34; Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párrs. 12, 17, inciso c, 23 y 36; Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 8. El derecho del niño a la protección contra los castigos corporales y otras formas de castigo crueles o degradantes (artículo 19, párr. 2 del artículo 28 y artículo 37, entre otros), CRC/C/GC/8, 21 de agosto de 2006. Véase también Claudia Ahumada y Shannon Kowalski-Morton, *op. cit.*, pp. 43-45.
- ¹⁶⁴ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, p. 8.
- ¹⁶⁵ Para más información al respecto véase CDHDE, *Informe mujeres 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal*, *op. cit.*, pp. 36, 37 y 45.
- ¹⁶⁶ Organización de las Naciones Unidas, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, *doc. cit.*, párr. 80, inciso a.
- ¹⁶⁷ Comité DESC, Observación General núm. 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2º), E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, párr. 2.
- ¹⁶⁸ Organización de las Naciones Unidas, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, *doc. cit.*, párr. 95.
- ¹⁶⁹ *Ibidem*, párr. 80, inciso g.
- ¹⁷⁰ *Idem*.
- ¹⁷¹ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, p. 13.
- ¹⁷² Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*, Nueva York y Ginebra, 2006, p. 2.
- ¹⁷³ Sandra Serrano, “Obligaciones del Estado frente a los derechos humanos y sus principios rectores: una relación para la interpretación y aplicación de los derechos”, en Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot *et al.* (coords.), *Derechos humanos en la Constitución: Comentarios de jurisprudencia constitucional e internacional*, t. 1, México, IIJ-UNAM, 2013, p. 104.
- ¹⁷⁴ *Idem*.
- ¹⁷⁵ *Ibidem*, p. 107.
- ¹⁷⁶ Centro de Derechos Reproductivos, *Derechos reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*, UNFPA, p. 4, disponible en <http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Derechos%20reproductivos_una%20herramienta%20para%20monitorear%20las%20obligaciones%20de%20los%20Estados.pdf>, página consultada el 11 de enero de 2016.
- ¹⁷⁷ Convención de Belém do Pará, artículo 7º, incisos a y e.
- ¹⁷⁸ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Adolescentes*, *op. cit.*
- ¹⁷⁹ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 3. El VIH/sida y los derechos del niño, *doc. cit.*, párr. 16; Comité DESC, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), *doc. cit.*, párr. 34; Asamblea General de las Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación, Vernor Muñoz al derecho humano a la educación sexual integral*, A/65/162, 23 de julio de 2010, párrs. 68, 73 y 87.
- ¹⁸⁰ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, *doc. cit.*, párr. 31; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Adolescentes*, *op. cit.*; y Claudia Ahumada y Shannon Kowalski-Morton, *op. cit.*, p. 29.
- ¹⁸¹ Véanse Comité DESC, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), *doc. cit.*, párrs. 22-24; y GIRE, *op. cit.*, p. 39.
- ¹⁸² Organización de las Naciones Unidas, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994)*, *doc. cit.*, párr. 7.45.
- ¹⁸³ Véase Comité DESC, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), *doc. cit.*, párr. 23.
- ¹⁸⁴ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párrs. 11; 33; 39, inciso b; 40 y 41, inciso b.
- ¹⁸⁵ *Ibidem*, párrs. 31; 39, inciso c y 41, incisos a, b, c y d; Comité CEDAW, *Caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil* (comunicación núm. 17/2008), CEDAW/C/49/D/17/2008, 27 de septiembre de 2011.
- ¹⁸⁶ Comité DESC, Observación General núm. 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2º, párr. 2, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), *doc. cit.*, párr. 29.
- ¹⁸⁷ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párr. 9.
- ¹⁸⁸ *Ibidem*, párr. 31.
- ¹⁸⁹ Comité DESC, Observación General núm. 15. El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2002/11, 29º periodo de sesiones, 2002, párr. 23.
- ¹⁹⁰ Sandra Serrano y Daniel Vázquez, *El enfoque de derechos humanos*, México, Flacso México (col. Guías de estudio de la Maestría en Derechos Humanos y Democracia), 2012, Mimeo, p. 38.
- ¹⁹¹ Sandra Serrano, “Obligaciones del Estado frente a los derechos humanos y sus principios rectores: Una relación para la interpretación y aplicación de los derechos”, *op. cit.*, p. 107.
- ¹⁹² *Ibidem*, pp. 107 y 108.
- ¹⁹³ *Idem*.

- ¹⁹⁴ Como parte de estas obligaciones se identificó la de “establecer la edad mínima para contraer matrimonio a los 18 años” como medida preventiva del embarazo en adolescentes, deber que ha sido señalado por diversos organismos internacionales de derechos humanos; sin embargo, esta obligación no se analiza en este informe pues se considera que tiene que ser estudiado a profundidad en documentos de análisis específicos al tema. Véanse, por ejemplo, ONU Mujeres México, “Únete a la iniciativa: ‘De la A (Aguascalientes) a la Z (Zacatecas), México sin unión temprana y matrimonio de niñas en la ley y en la práctica’”, 13 de noviembre de 2015, disponible en <<http://mexico.unwomen.org/es/noticias-y-eventos/articulos/2015/10/llamado-no-matrimonio-infantil#sthash.pN6KSKgp.dpuf>>, página consultada el 15 de febrero de 2016; UNICEF, “Hojas informativas sobre la protección de la infancia”, disponible en <http://www.unicef.org/spanish/protection/files/FactSheet_childmarriage_sp.pdf>, página consultada el 15 de febrero de 2016; Comité CEDAW, Recomendación General núm. 21. La igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares, HRI/GEN/1/Rev. 4 de febrero de 1994; y Comité de Derechos Humanos, Comentario General núm. 28. Igualdad de derechos entre hombres y mujeres (artículo 3º), CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, 2000, párr. 23.
- ¹⁹⁵ Véase Enforced disappearances Information Exchange Center, “Todo ser humano es titular de derechos”, disponible en <<http://www.ediec.org/es/areas/obligaciones-de-estado/proteger-respetar-y-promover-los-derechos-humanos/>>, página consultada el 15 de febrero de 2016.
- ¹⁹⁶ Declaración y Programa de Acción de Amman sobre los derechos humanos de mujeres y niñas, adoptada por el Comité Internacional de Coordinación de las Instituciones Nacionales para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, el 7 de noviembre de 2012, párrs. 25 y 26; y Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, pp. 13 y 14, acuerdos 35 y 42.
- ¹⁹⁷ Consejo de Derechos Humanos, *Obligaciones de derechos humanos relacionadas con la provisión de servicios de agua y saneamiento por actores no estatales. Informe de la Experta Independiente sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el acceso al agua potable y el saneamiento*, A/HRC/15/31, 29 de junio de 2010, párr. 63.
- ¹⁹⁸ *Ibidem*, párr. 21.
- ¹⁹⁹ *Ibidem*, párr. 58.
- ²⁰⁰ Centro de Derechos Reproductivos, *Derechos reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*, *op. cit.*, p. 4.
- ²⁰¹ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 19. La violencia contra la mujer, A/47/38, 29 de enero de 1992; Comité CEDAW, *Caso Sra. A. T. contra Hungría, Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer emitido conforme al párrafo 3 del artículo 7º del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Anexo III* (comunicación núm. 2/2003), 26 de enero de 2005; Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, Convención de Estambul, 11 de mayo de 2011, Estambul, Turquía, entrada en vigencia el 1 de agosto de 2014; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Maria da Penha Maia Fernandes vs. Brasil*, Caso 12.051, Informe núm. 54/01, OEA/Ser.L/V/II.111, 16 de abril de 2001; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Jessica Gonzales vs. Estados Unidos, Admisibilidad*, Caso 12.626, Informe núm. 52/07, Petición 1490-05, Jessica Gonzales y Otros, 24 de julio de 2007. Véase Centro de Derechos Reproductivos, *Derechos reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*, *op. cit.*; Convención de Belém do Pará, artículo 7º; y Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, acuerdos 57, 58 y 65, p. 16.
- ²⁰² Centro de Derechos Reproductivos, *Los derechos reproductivos a la vanguardia. Una herramienta para la reforma legal*, Estados Unidos, Centro de Derechos Reproductivos, 2008, p. 108, disponible en <http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_br_spanish_gaining_ground_2008.pdf>, página consultada el 12 de enero de 2016.
- ²⁰³ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 19. La violencia contra la mujer, *doc. cit.*, párr. 24, incisos *l* y *r*, *ii*; Comité CEDAW, *Caso Sra. A. T. contra Hungría*, párr. 9.6, *ii*, inciso *e*; Comité de Derechos Humanos, Observación General núm. 28: Artículo 3º (La igualdad de derechos entre hombres y mujeres), CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, 29 de marzo de 2000, párr. 11. Véase también Centro de Derechos Reproductivos, *Derechos reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*, *op. cit.*
- ²⁰⁴ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, acuerdo 17, p. 9.
- ²⁰⁵ Convención de Belém do Pará, artículo 7º, inciso *d*.
- ²⁰⁶ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 19. La violencia contra la mujer, *doc. cit.*, párr. 24, inciso *b*; véase Centro de Derechos Reproductivos, *Derechos reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*, *op. cit.*
- ²⁰⁷ Comité CEDAW, *Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a los informes periódicos séptimo y octavo combinados de México*, CEDAW/C/MEX/CO/7-8, 7 de agosto de 2012, párr. 33.
- ²⁰⁸ Convención de Belém do Pará, artículo 7º, inciso *f*.
- ²⁰⁹ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 19. La violencia contra la mujer, *doc. cit.*, párrs. 24, inciso *t*, *i* y *ii*. Véase Centro de Derechos Reproductivos, *Derechos reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*, *op. cit.*
- ²¹⁰ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 24. La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer), *doc. cit.*, párr. 6.
- ²¹¹ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 19. La violencia contra la mujer, *doc. cit.*, párr. 9; Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, p. 9. Véase Centro de Derechos Reproductivos, *Derechos reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*, *op. cit.*
- ²¹² Convención de Belém do Pará, artículo 7º, inciso *g*.

- ²¹³ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 19. La violencia contra la mujer, *doc. cit.*, párr. 9; Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, párrs. 9, 24, incisos *b e i*; véase Centro de Derechos Reproductivos, *Derechos reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*, *op. cit.*
- ²¹⁴ Comité CEDAW, *Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a los informes periódicos séptimo y octavo combinados de México*, CEDAW/C/MEX/CO/7-8, 7 de agosto de 2012, párr. 16, inciso *a*.
- ²¹⁵ Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México*, CRC/C/MEX/CO/4-5, 8 de junio de 2015, párr. 32, inciso *d*.
- ²¹⁶ Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México*, *doc. cit.*, párr. 34, inciso *a, b, c, d, e, f y g*.
- ²¹⁷ Sandra Serrano y Daniel Vázquez, *Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos*, México, Flacso-México, 2013, p. 71.
- ²¹⁸ Corte IDH, *Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras (Fondo)*, Sentencia de 29 de julio de 1988, serie C, núm. 4, párrs. 166 y 167.
- ²¹⁹ Sandra Serrano, *op. cit.*, p. 118.
- ²²⁰ Asamblea General de las Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación, Vernor Muñoz al derecho humano a la educación sexual integral*, *doc. cit.*, párrs. 40 y 76.
- ²²¹ *Ibidem*, párr. 87, inciso *c*. Por otra parte, las Directrices Internacionales sobre Educación Sexual de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, han señalado que “la educación en sexualidad efectiva puede proporcionar a los jóvenes información científicamente exacta y culturalmente pertinente, adecuada para su edad. Esto incluye oportunidades estructuradas para que los jóvenes exploren sus actitudes y valores, y practiquen las habilidades que necesitarán para ser capaces de tomar decisiones informadas acerca de su vida sexual”. Para encontrar los medios adecuados para entregar información, el Comité de los Derechos del Niño ha exhortado a los Estados a conseguir que los adolescentes participen “en el diseño y difusión de la información a través de una variedad de canales fuera de las escuelas, donde se incluyen organizaciones juveniles, grupos religiosos, comunitarios y de otra índole, además de los medios de comunicación”. Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párr. 28.
- ²²² Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *op. cit.*, p. 9.
- ²²³ Asamblea General de las Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación, Vernor Muñoz al derecho humano a la educación sexual integral*, *doc. cit.*, párr. 25: “La escolarización de la educación sexual y reproductiva también ha sido señalada por el Comité de los derechos del Niño, a partir de lo establecido en los artículos 28 y 29 de la Convención, al exhortar a los Estados a iniciar y apoyar medidas, actitudes y actividades que promuevan conductas saludables mediante la inclusión de temas relevantes en los planes de estudio escolares, como lo es la educación sexual”. Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párr. 17.
- ²²⁴ Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, adoptada el 11 de octubre de 2005 en la ciudad española de Badajoz, entró en vigencia el 1 de marzo de 2008, artículo 23.2.
- ²²⁵ Asamblea General de las Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación, Vernor Muñoz al derecho humano a la educación sexual integral*, *doc. cit.*, párrs. 25, 38 y 80.
- ²²⁶ *Ibidem*, párr. 87, inciso *f*; Comité DESC, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), *doc. cit.*, párr. 11. Véase Centro de Derechos Reproductivos, *Derechos reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*, *op. cit.*, p. 23.
- ²²⁷ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párr. 30.
- ²²⁸ *Ibidem*, párrs. 17 y 18.
- ²²⁹ Véase el análisis de las observaciones finales del Comité a diversos países realizado por el Centro de Derechos Reproductivos, *Haciendo de los derechos una realidad. Hoja informativa: el derecho humano a la información sobre salud sexual y reproductiva*, septiembre de 2010, pp. 4 y 15, disponible en <<http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/BRB-Sexual%20Education.pdf>>, página consultada el 20 de febrero de 2016.
- ²³⁰ Asamblea General de las Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación, Vernor Muñoz al derecho humano a la educación sexual integral*, *doc. cit.*, párr. 87, inciso *c*; Comité DESC, *Examen de los informes presentados por los estados partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del Pacto, observaciones a México*, E/C.12/1/Add.41, 8 de diciembre de 1999.
- ²³¹ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de las y los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párr. 39, inciso *a*.
- ²³² Comité CEDAW, Recomendación General núm. 24. La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer), *doc. cit.*, párr. 18; Comité Europeo de Derechos Sociales, *International Centre for the Legal Protection of Human Rights (Interights) vs. Croatia*, Queja núm. 45/2007, Sentencia del 21 de octubre de 2009, párr. 47; Asamblea General de las Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación, Vernor Muñoz al derecho humano a la educación sexual integral*, *doc. cit.*, párr. 87, inciso *e*. El Comité de los Derechos del Niño ha recomendado que los Estados Parte deben ofrecer capacitación no sólo a los profesores, sino a otros funcionarios de

- educación sobre instrucción en VIH/sida y educación sexual. Véase Centro de Derechos Reproductivos, *Haciendo de los derechos una realidad. Hoja informativa: el derecho humano a la información sobre salud sexual y reproductiva*, op. cit., p. 6.
- ²³³ Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales del examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 40 del Pacto: Polonia*, CCPR/C/79/Add.110, 29 de julio de 1999, párr. 11.
- ²³⁴ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México*, CEDAW/C/MEX/CO/6, 25 de agosto de 2006, párr. 33.
- ²³⁵ *Ibidem*, párr. 51, inciso a.
- ²³⁶ *Ibidem*, párr. 44.
- ²³⁷ Véanse Comité CEDAW, Recomendación General núm. 21. La igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares, *doc. cit.*, párr. 22; Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, acuerdo 14, p. 9.
- ²³⁸ Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Informe Prov. del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/66/254, 2011, párr. 65, inciso d; Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, acuerdo 44, p. 14.
- ²³⁹ Comité DESC, Observación General núm. 14. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 2000, párr. 43, inciso d.
- ²⁴⁰ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), *doc. cit.*, párr. 70.
- ²⁴¹ Organización Mundial de la Salud, *Lista modelos de medicamentos esenciales de la OMS*, OMS, 2011.
- ²⁴² Comité CEDAW, Recomendación General núm. 24. Artículo 12 de la Convención (Mujer y salud), 1999, *doc. cit.*, párr. 9; Comité CEDAW, *Observaciones Finales: Georgia*, CEDAW/C/GEO/CO/3, 2006, párr. 29; Comité CEDAW, *Observaciones Finales: Jamaica*, CEDAW/C/JAM/CO/5, 2006, párr. 35.
- ²⁴³ Por ejemplo a mujeres de escasos recursos, campesinas, solteras, VIH positivas, privadas de libertad y a las trabajadoras sexuales. Comité DESC, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), *doc. cit.*, párr. 12, inciso b, i.
- ²⁴⁴ *Ibidem*, párr. 12, inciso b, iii.
- ²⁴⁵ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 24. La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer), *doc. cit.*, párr. 31, inciso e. Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 12. El derecho del niño a ser escuchado, *doc. cit.*, párr. 1; Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), *doc. cit.*, párrs. 21, 22 y 56; Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), *doc. cit.*, párr. 23; Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, acuerdo 34, p. 13.
- ²⁴⁶ *Idem*.
- ²⁴⁷ Alianza por la Solidaridad et al., *Carta conjunta al portavoz del Grupo Parlamentario Popular de España sobre los derechos reproductivos de las niñas*, España, 2015, párr. 7.
- ²⁴⁸ Academia Mexicana de Derechos Humanos et al., *Informe alternativo sobre la situación de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres en México*, presentado en el marco del 52º periodo de sesiones de la CEDAW, Nueva York, 17 de julio de 2012, p. 18.
- ²⁴⁹ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, acuerdos 40, 42 y 43, pp. 13 y 14.
- ²⁵⁰ *Ibidem*, acuerdo 37, p. 13; Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), *doc. cit.*, párrs. 56 y 70; Human Rights Watch, “Están en juego la salud y la vida. La normativa sobre aborto en Latinoamérica es de las más restrictivas”, 6 de mayo de 2015, disponible en <<https://www.hrw.org/es/news/2015/05/06/están-en-juego-la-salud-y-la-vida>>, página consultada el 15 de febrero de 2016.
- ²⁵¹ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *op. cit.*, párrs. 40, 28 y 39, incisos b, c y d.
- ²⁵² Comité de DESC, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), *doc. cit.*, párr. 12; Comité CEDAW, Recomendación General núm. 24. La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer), *doc. cit.*, párr. 22.
- ²⁵³ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, acuerdo 46, p. 14.
- ²⁵⁴ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 12; Comité DESC, Observación General núm. 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, *doc. cit.*, párr. 29.
- ²⁵⁵ Bruce Dick et al., “Review of the evidence for interventions to increase young people’s use of health services in developing countries”, en David Ross et al. (eds.), *Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries: UNAIDS interagency task team on HIV and young people*, Ginebra, OMS (WHO technical report series, núm. 938), 2006; y Sue Napierala Mavedzenge et al., “HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review” en *Journal of Adolescent Health*, vol. 49, núm. 6, diciembre de 2011. Textos citados en Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, *Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA)*, op. cit.
- ²⁵⁶ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 24. La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer), *doc. cit.*, párr. 31, inciso f; Comité DESC, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), *doc. cit.*, párrs. 12, incisos a y d, y 44.
- ²⁵⁷ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, acuerdos 17, 62 y 63, pp. 9 y 17.

- ²⁵⁸ Comité CEDAW, *Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a los informes periódicos séptimo y octavo combinados de México*, *doc. cit.*, párr. 31, inciso *a*.
- ²⁵⁹ “La salud genésica significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto”. Comité DESC, Observación General núm. 14. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, *doc. cit.*, párr. 14, nota al pie 12.
- ²⁶⁰ Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24, inciso *d*; Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, acuerdo 43 y 45, p. 14.
- ²⁶¹ Comité DESC, Observación General núm. 14. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, *doc. cit.*, párr. 14.
- ²⁶² Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 10.2.
- ²⁶³ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 24: Artículo 12 de la Convención (Mujer y salud), *doc. cit.*, párr. 8.2.
- ²⁶⁴ Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*, *op. cit.*, p. 67.
- ²⁶⁵ Organización Mundial de la Salud, “Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent-friendly health services”, 2012, disponible en <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/>, página consultada el 20 de febrero de 2016.
- ²⁶⁶ Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículos 4º y 5º.
- ²⁶⁷ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párr. 31.
- ²⁶⁸ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, acuerdo 43, p. 14.
- ²⁶⁹ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 14.2, inciso *b*; Comité CEDAW, *Caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil*, *doc. cit.*; Comité DESC, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), párr. 12, inciso *d*.
- ²⁷⁰ Corte Europea de Derechos Humanos, *Case of R.R. v. Poland, Application no.27617/04*, Judgment, Strasbourg, Resolución de 26 de Mayo de 2011, documento final de 28 de noviembre de 2011.
- ²⁷¹ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, acuerdo 15, p. 9.
- ²⁷² Relatoría sobre los Derechos de la Mujer, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, OEA/Ser.L/V/II.Doc. 69, CIDH-OEA, 7 de junio de 2010, párr. 20.
- ²⁷³ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párr. 27.
- ²⁷⁴ Organización de las Naciones Unidas, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, *doc. cit.*, párr. 80, inciso *g*.
- ²⁷⁵ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 11.2.
- ²⁷⁶ Sandra Serrano y Daniel Vázquez, *Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos*, *op. cit.*, p. 35.
- ²⁷⁷ *Ibidem*, pp. 78-81.
- ²⁷⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe Acceso a la información, violencia contra las mujeres y la administración de justicia en las Américas*, OAS/Ser.L/V/II.154, CIDH/OEA, 27 de marzo de 2015, p. 10, punto 7; Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, *doc. cit.*, acuerdo 34, p. 13.
- ²⁷⁹ Human Rights Watch, “Están en juego la salud y la vida. La normativa sobre aborto en Latinoamérica es de las más restrictivas”, *loc. cit.*
- ²⁸⁰ Relatoría sobre los Derechos de la Mujer, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, *doc. cit.*, párrs. 7 y 59.
- ²⁸¹ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 3. El VIH/sida y los derechos del niño, *doc. cit.*, párr. 26; Comité DESC, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), párr. 12, inciso *b*, *iv*. Véase Claudia Ahumada y Shannon Kowalski-Morton, *op. cit.*, p. 27.
- ²⁸² Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 3. El VIH/sida y los derechos del niño, *doc. cit.*, párr. 24; Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párrs. 31, 28 y 33; Claudia Ahumada y Shannon Kowalski-Morton, *op. cit.*, p. 27.
- ²⁸³ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párr. 28.
- ²⁸⁴ Stephanie Teal y Elizabeth Romer, “Awareness of long-acting reversible contraception among teens and young adults”, en *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, núm. 4, abril de 2013; Amy Whitaker *et al.*, “Effect of a brief educational intervention on the attitudes of young women toward the intrauterine device”, en *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 23, núm. 2, abril de 2010. Textos citados en Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, *op. cit.*, p. 9.
- ²⁸⁵ Asamblea General de las Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación, Vernor Muñoz al derecho humano a la educación sexual integral*, *doc. cit.*, párr. 87, inciso *f*; Comité de los Derechos del Niño, *Examen de los informes presentados por los estados partes en virtud del artículo 44 de la Convención, observaciones finales: Honduras*, CRC/C/HND/CO/3, 2 de mayo de 2007.

- ²⁸⁶ Comité DESC, *Examen de los informes presentados por los estados partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del Pacto, observaciones a México*, E/C.12/MEX/CO/4, 9 de junio de 2006, párrs. 44 y 96; Comité DESC, *Examen de los informes presentados por los estados partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del Pacto, Observaciones a México*, E/C.12/1/Add.41, 8 de diciembre de 1999, párr. 43.
- ²⁸⁷ Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales del examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 40 del Pacto*, CCPR/C/GTM/CO/3, 2012, párr. 15.
- ²⁸⁸ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 19, *doc. cit.*, párr. 24, incisos *f* y *t*, ii; Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, *doc. cit.*, párr. 24; Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 5º, inciso *a*.
- ²⁸⁹ Centro de Derechos Reproductivos, *Haciendo de los derechos una realidad. Hoja informativa: el derecho humano a la información sobre salud sexual y reproductiva*, *op. cit.*, p. 112.
- ²⁹⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de febrero de 1917; última reforma publicada el 29 de enero de 2016, artículo 1º, párr. 1, disponible en <<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>>, página consultada el 18 de marzo de 2016.
- ²⁹¹ *Ibidem*, artículo 1º, párr. 3.
- ²⁹² *Ibidem*, artículo 1º, párr. 5.
- ²⁹³ *Ibidem*, artículo 4º, párr. 1.
- ²⁹⁴ *Ibidem*, artículo 4º, párr. 9.
- ²⁹⁵ *Ibidem*, artículo 4º, párr. 4.
- ²⁹⁶ *Ibidem*, artículo 4º, párr. 2.
- ²⁹⁷ *Ibidem*, artículo 4º, párr. 9.
- ²⁹⁸ *Ibidem*, artículo 4º, párr. 11.
- ²⁹⁹ Mónica González Contró, “La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes”, *op. cit.*
- ³⁰⁰ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de diciembre de 2014.
- ³⁰¹ Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, el 12 de noviembre de 2015.
- ³⁰² Véase Presidencia de la República, Boletín de prensa, Instaló el Presidente Enrique Peña Nieto el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, 2 de diciembre de 2015, disponible en <<http://www.gob.mx/presidencia/prensa/instalo-el-presidente-enrique-pena-nieto-el-sistema-nacional-de-proteccion-integral-de-ninas-ninos-y-adolescentes>>, página consultada el 26 de febrero de 2016.
- ³⁰³ Estos datos se obtuvieron a partir de una búsqueda realizada del 2 de diciembre de 2015 al 26 de febrero de 2016 en los siguientes boletines de prensa, notas informativas y páginas web institucionales de los gobiernos estatales y municipales de la República mexicana: “Instala gobernador Sistema Local de Protección de Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes”, en *El Siglo de Durango*, México, 16 de febrero de 2016, disponible en <<http://www.elsiglodedurango.com.mx/noticia/641967.instala-gobernador-sistema-local-de-proteccion-de-derechos-de-los-ninos-ninas-y-adolescentes.html>>; “Contará Oaxaca con sistema estatal de protección integral para la niñez”, en *Quadratin Oaxaca*, México, 10 de enero de 2016, disponible en <<https://oaxaca.quadratin.com.mx/Contara-Oaxaca-sistema-estatal-proteccion-integral-la-ninez/>>; “Quintana Roo, segundo estado en instalar el Sistema Estatal para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”, en *Maya sin Fronteras*, 12 de noviembre de 2015, disponible en <<http://www.mayasinfronteras.org/2015/11/quintana-roo-segundo-estado-en-instalar-el-sistema-estatal-para-la-proteccion-de-los-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentes/>>; Secretaría de Gobernación, Boletín de prensa, Sostienen reunión de trabajo los Sistemas, Nacional y Estatales, de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, 20 de febrero de 2016, disponible en <<http://www.gob.mx/segob/prensa/sostienen-reunion-de-trabajo-los-sistemas-nacional-y-estatales-de-proteccion-integral-de-ninas-ninos-y-adolescentes>>; Gobierno de Veracruz, Boletín de prensa, Pone en marcha Veracruz Sistemas de Protección Integral a la Infancia, 27 de enero de 2016, disponible en <<http://www.veracruz.gob.mx/blog/2015/01/27/207715/>>; “Sistema Municipal de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes”, en *General Zuazua*, 23 de febrero de 2016, disponible en <<http://www.zuazua.gob.mx/sistema-municipal-de-proteccion-integral-de-los-derechos-de-las-ninas-ninos-y-adolescentes.html>>; Francisco Cienfuegos, “Instalan Sistema de Protección a Menores en Ciudad Guadalupe”, en *Notired.mx*, 16 de febrero de 2016, disponible en <<http://www.notired.mx/nota.cgi?id=55502182>>; “Instala Escobedo Sistema de protección para niños, niñas y adolescentes”, en *Posta.com*, 26 de febrero de 2016, disponible en <<http://www.posta.com.mx/nuevo-leon/instalan-sistema-de-proteccion-para-ninos-ninas-y-adolescentes>>; Municipio de San Pedro Garza García, Boletín de Prensa, Toma de Protesta del Sistema Municipal de Protección Integral de los derechos de los Niños, 12 de febrero de 2016, disponible en <http://www.sanpedro.gob.mx/Prensa/Detail_Noticia.asp?folio=13784#gsc.tab=0>; “Instalan sistema de protección para niños y adolescentes”, en *Notired.mx*, 19 de febrero de 2016, disponible en <<http://www.notired.mx/bronco/nota.cgi?id=55502235>>; Gobierno de Monterrey, Boletín de prensa, Impulsan en Monterrey Protección y respeto a los derechos de los menores, 26 de enero de 2016, disponible en <<http://www.mty.gob.mx/impulsan-en-monterrey-proteccion-y-respeto-a-los-derechos-de-los-menores/>>; Gobierno de Santa Catarina, Boletín de prensa, Santa Catarina 1er municipio en proteger derechos de niños, 26 de enero de 2016, disponible en <<http://www.stacatarina.gob.mx/wsc1215/posts/read/1485>>; DIF Culiacán, Boletín de Prensa, Toma protesta el Sistema Municipal de Protección Integral de los

- derechos de niños, niñas y adolescentes, 1 de diciembre de 2015, disponible en <<http://dif.culiacan.gob.mx/toma-protesta-el-sistema-municipal-de-proteccion-integral-de-los-derechos-de-ninos-ninas-y-adolescentes/>>; “Instalan Sistema para proteger a los niños y adolescentes de Calera”, en *NTRZacatecas*, 22 de enero de 2016, disponible en <<http://ntrzacatecas.com/2016/01/22/instalan-sistema-para-proteger-a-los-ninos-y-adolescentes-de-calera/>>; DIF Felipe Carrillo Puerto, Boletín de Prensa, Instalan el sistema municipal de protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, 2 de diciembre de 2015, disponible en <<http://felipecarrillopuerto.gob.mx/index.php/sectores-o-areas/1106-instalan-el-sistema-municipal-de-proteccion-de-los-derechos-de-las-ninas-ninos-y-adolescentes.html>>; Ayuntamiento de Xalapa, Comunicado núm. 2019, Instalará Ayuntamiento de Xalapa Sistema Municipal de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, 9 de noviembre de 2015, disponible en <<http://xalapa.gob.mx/blog/2015/11/09/instalara-ayuntamiento-de-xalapa-sistema-municipal-de-proteccion-integral-de-ninas-ninos-y-adolescentes/>>, y Secretaría de Gobernación, Boletín de Prensa, 100 días. 10 acciones. Imaginando un México mejor para 43 millones de niñas, niños y adolescentes, 17 de diciembre de 2015, disponible en <<https://www.gob.mx/segob/articulos/100-dias-10-acciones-imaginando-un-mexico-mejor-para-43-millones-de-ninas-ninos-y-adolescentes>>, páginas consultadas el 26 de febrero de 2016.
- ³⁰⁴ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, “Síntesis de la Ley General”, disponible en <<http://www.leyderechosinfancia.mx/ley-general/sintesis-de-la-ley/>>, página consultada el 18 de marzo de 2016.
- ³⁰⁵ UNICEF, Comunicado de prensa, La Ley General para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, constituye un avance histórico para la infancia en México: UNICEF, 7 de noviembre de 2014, disponible en <http://www.unicef.org/mexico/spanish/PRaprobacionleyproteccioninfancianov_final.pdf>, página consultada el 3 de marzo de 2016.
- ³⁰⁶ Red por los Derechos de la Infancia en México (Redim), Boletín, Redim saluda la Promulgación de la Ley General de los Derechos de niñas, niños y adolescentes, 3 de diciembre de 2014, disponible en <http://www.derechosinfancia.org.mx/index.php?contenido=boletin&id=68&id_opcion=73>, página consultada el 3 de marzo de 2016. La Red por los Derechos de la Infancia en México “es una coalición de 75 organizaciones de la sociedad civil mexicana que desarrollan programas a favor de niñas, niños y adolescentes mexicanos en situaciones de vulnerabilidad y que operan en 16 estados de la República mexicana”, que promueve “un movimiento social y cultural para que niñas, niños y adolescentes conozcan, ejerzan y disfruten sus derechos”, para más información véase <<http://www.derechosinfancia.org.mx/>>.
- ³⁰⁷ Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México, artículo 5°; y Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, artículo 5°.
- ³⁰⁸ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, artículo 50, párr. 3.
- ³⁰⁹ Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México, artículo 5°.
- ³¹⁰ *Ibidem*, artículo 1°, fracción v.
- ³¹¹ CDHDF, Boletín núm. 163/2015, Importante avance, aprobación de Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, CDHDF, 9 de julio de 2015, disponible en <<http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/2015/07/importante-avance-aprobacion-de-ley-de-los-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentes-cdhdf/>>, página consultada el 3 de marzo de 2016.
- ³¹² Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México, artículo 13.
- ³¹³ Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes en la Ciudad de México, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 13 de agosto de 2015, artículo 37.
- ³¹⁴ Ley de Salud del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 17 de septiembre de 2009; última reforma publicada el 23 de marzo de 2015, artículo 2°. En particular, la Ley General, al ser la ley reglamentaria del artículo 4° constitucional, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; por su parte, la ley local establece los derechos y obligaciones para la población de la ciudad y regula la competencia del jefe de Gobierno en la materia, entre otras cosas. Véanse Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada el 12 de noviembre de 2015, artículo 1°; y Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 1°, fracciones I y IV.
- ³¹⁵ La integralidad es referida solamente en la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México, la Ley General solamente se refiere a la gratuidad y calidad.
- ³¹⁶ Véanse Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, artículo 50, párr. 1; y Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México, artículo 47.
- ³¹⁷ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 52, párr. 1.
- ³¹⁸ *Ibidem*, artículo 52, párr. 2.
- ³¹⁹ *Ibidem*, artículo 53, fracción IX.
- ³²⁰ *Ibidem*, artículo 53, fracción VIII.
- ³²¹ *Ibidem*, artículo 53, fracción VII.
- ³²² *Ibidem*, artículo 53, fracción V.
- ³²³ Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la ciudad de México, artículo 50, fracciones I, II y III.
- ³²⁴ *Ibidem*, artículo 47, párr. 2.
- ³²⁵ *Ibidem*, artículo 51.
- ³²⁶ Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes en la Ciudad de México, artículo 37.
- ³²⁷ Ley Federal sobre Metrología y Normalización, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 1 de julio de 1992; última reforma publicada el 18 de diciembre de 2015, artículo 3°, fracción XI.
- ³²⁸ *Ibidem*, artículo 40, fracción XI.

- ³²⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de agosto de 2015; última modificación publicada el 18 de septiembre de 2015, numeral 6.8.11.
- ³³⁰ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 52, párr. 3.
- ³³¹ Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 24 de febrero de 2011; última reforma publicada el 18 de noviembre de 2015, artículo 25, fracción vi.
- ³³² Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, numeral 6.8.4.
- ³³³ *Ibidem*, numeral 6.8.5.
- ³³⁴ *Ibidem*, numeral 6.8.6.
- ³³⁵ *Ibidem*, numeral 6.8.7.
- ³³⁶ *Ibidem*, numeral 6.8.8.
- ³³⁷ Ley General de Educación, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de julio de 1993; última reforma publicada el 17 de diciembre de 2015, artículo 7º, fracciones x y xv.
- ³³⁸ Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, artículo 24, fracción ii.
- ³³⁹ *Ibidem*, artículo 24, fracción vi.
- ³⁴⁰ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 53, fracción i.
- ³⁴¹ Ley de Educación del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 8 de junio de 2000; última reforma publicada el 28 de noviembre de 2014, artículo 10, fracción xvi.
- ³⁴² *Ibidem*, artículo 13, fracción xxxviii.
- ³⁴³ Ley de Educación del Distrito Federal, artículo 44.
- ³⁴⁴ *Ibidem*, artículo 45.
- ³⁴⁵ *Ibidem*, artículo 51.
- ³⁴⁶ Ley General de Salud, artículo 64, *bis*.
- ³⁴⁷ Para un análisis general de este tema véase CDHDF, *Informe mujeres 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal, op. cit.*
- ³⁴⁸ Ley General de Salud, artículo 64, *bis* 1.
- ³⁴⁹ *Ibidem*, artículo 64, *bis*.
- ³⁵⁰ Ley de Salud del Distrito Federal, artículos 17, inciso *d* y 49, fracción i.
- ³⁵¹ Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, artículo 25, fracción vii.
- ³⁵² Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, artículo 50, fracción viii; y Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México, artículo 47, fracción vi.
- ³⁵³ Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de noviembre de 2012, numeral 5.1.1, disponible en <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5276550>, página consultada el 16 de enero de 2016.
- ³⁵⁴ *Ibidem*, “Apéndice normativo C. Evaluación del Estado de Nutrición”.
- ³⁵⁵ Véase Secretaría de Salud, “Listado de Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud”, disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>>, página consultada el 1 de marzo de 2016.
- ³⁵⁶ Ley General de Población, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de enero de 1974; última reforma publicada el 1 de diciembre de 2015, artículo 1º.
- ³⁵⁷ *Ibidem*, artículo 5º.
- ³⁵⁸ *Ibidem*, artículo 3º, fracción ii.
- ³⁵⁹ *Ibidem*, artículo 3º, fracción v.
- ³⁶⁰ Reglamento de la Ley General de Población, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de abril de 2000; última reforma publicada el 28 de septiembre de 2012, artículo 13.
- ³⁶¹ *Ibidem*, artículo 16.
- ³⁶² *Ibidem*, artículo 18.
- ³⁶³ Ley de Planeación Demográfica y Estadística para la Población del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 10 de noviembre de 2008; última reforma publicada el 4 de enero de 2012, artículo 19.
- ³⁶⁴ *Ibidem*, artículo 19, fracción vii.
- ³⁶⁵ *Ibidem*, artículo 48.
- ³⁶⁶ *Ibidem*, artículo 50, fracción i.
- ³⁶⁷ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de mayo de 1986; última reforma publicada el 23 de marzo de 2014, artículo 117.
- ³⁶⁸ *Ibidem*, artículo 118.
- ³⁶⁹ Ley General de Salud, artículo 67; y Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 52, párr. i.
- ³⁷⁰ Ley General de Salud, artículo 67, párr. 2; y Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 52, párr. i.
- ³⁷¹ Ley General de Salud, artículo 67, párr. i.
- ³⁷² Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 52, párr. 2.
- ³⁷³ La NOM define como *riesgo reproductivo* la “probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo”. Norma Oficial Mexicana, NOM 005-

- SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de mayo de 1994, disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>>, numerales 5.1.2 y 5.1.3.
- ³⁷⁴ *Ibidem*, numeral 5.1.2.
- ³⁷⁵ *Ibidem*, numerales 5.4.1 y 5.4.2.5. La NOM entiende la *consejería en planificación familiar* como el “proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brindan a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva”.
- ³⁷⁶ *Ibidem*, numeral 5.4.2.6.
- ³⁷⁷ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15. Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), *doc. cit.*, párr. 69.
- ³⁷⁸ En Servicios de Planificación Familiar, por *consulta subsecuente* se entiende: la atención otorgada al paciente, por personal de salud, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que ya se le otorgó una consulta en la unidad. Para mayor información véase la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, numeral 3.24.
- ³⁷⁹ Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, numeral 6.5.7.
- ³⁸⁰ Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 16 de abril de 2009.
- ³⁸¹ *Ibidem*, numeral 6.4.2.7.
- ³⁸² *Ibidem*.
- ³⁸³ *Ibidem*, numeral 6.5.
- ³⁸⁴ *Ibidem*, numeral 4.2.7.
- ³⁸⁵ Véase capítulo segundo del presente informe.
- ³⁸⁶ GIRE, *Niñas y mujeres sin justicia, derechos reproductivos en México, op. cit.*, pp. 86-89.
- ³⁸⁷ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de enero de 2008; última reforma publicada el 26 de noviembre de 2015.
- ³⁸⁸ *Ibidem*, artículo 61, *bis*.
- ³⁸⁹ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 58, párrs. 1 y 2.
- ³⁹⁰ *Ibidem*, artículo 52, párr. 4.
- ³⁹¹ *Ibidem*, artículo 58, párr. 3.
- ³⁹² *Ibidem*, artículo 59.
- ³⁹³ Sedesa, *Manual de procedimientos para la interrupción legal del embarazo en las unidades médicas*, febrero de 2008, disponible en <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/transparencia_portal/art14frac1/manualile.pdf>, página consultada el 18 de marzo de 2016.
- ³⁹⁴ *Ibidem*.
- ³⁹⁵ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 1 de febrero de 2007; última reforma publicada el 17 de diciembre de 2015, artículo 1º; y Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, artículo 2º.
- ³⁹⁶ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, artículo 51; y Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, artículos 11, 28-42.
- ³⁹⁷ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, artículo 54; Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, artículos 49-53.
- ³⁹⁸ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, artículo 50.
- ³⁹⁹ *Ibidem*, artículo 22.
- ⁴⁰⁰ *Ibidem*, artículo 27; Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, artículos 62-72 *bis*.
- ⁴⁰¹ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, artículo 2º.
- ⁴⁰² *Ibidem*, artículos 27 a 34.
- ⁴⁰³ *Ibidem*, artículos 14, 15, 17 y 19.
- ⁴⁰⁴ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, artículo 6º, fracciones v y vi.
- ⁴⁰⁵ *Ibidem*, artículo 18, fracción iii.
- ⁴⁰⁶ *Ibidem*, artículo 58, fracción ii.
- ⁴⁰⁷ Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, numeral 6.6.1.
- ⁴⁰⁸ *Ibidem*, numeral 6.7.1.
- ⁴⁰⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de agosto de 2015, numeral 6.11.1.
- ⁴¹⁰ *Ibidem*, numerales 6.11.2 y 6.11.4.
- ⁴¹¹ *Ibidem*, numeral 6.11.3.
- ⁴¹² Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de agosto de 2006; última reforma publicada el 4 de junio de 2015, artículo 12, fracciones i y ii.
- ⁴¹³ *Ibidem*, artículo 41.
- ⁴¹⁴ *Ibidem*, artículo 42, fracción iii.

- ⁴¹⁵ Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en el Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 15 de mayo de 2007; última reforma publicada el 18 de diciembre de 2014 artículo 31, fracción iv.
- ⁴¹⁶ *Ibidem*, artículo 8°, fracción ii.
- ⁴¹⁷ *Ibidem*, artículo 10, fracción vi.
- ⁴¹⁸ *Ibidem*, artículo 28.
- ⁴¹⁹ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 11 de junio de 2003; última reforma publicada el 20 de marzo de 2014; y Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 24 de febrero de 2011; última reforma publicada el 18 de noviembre de 2015.
- ⁴²⁰ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, artículo 9°, fracción vi; y Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, artículo 6°, fracción vi.
- ⁴²¹ Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, artículo 6°, fracción vii.
- ⁴²² *Ibidem*, artículo 23, fracción iv.
- ⁴²³ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, artículo 1°, fracción iii; y Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, artículo 5°.
- ⁴²⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 3°.
- ⁴²⁵ Ley General de Educación, artículo 2°.
- ⁴²⁶ Ley de Educación del Distrito Federal, artículo 5°.
- ⁴²⁷ Ley General de Educación, artículos 2° y 32, y Ley de Educación del Distrito Federal, artículo 5°.
- ⁴²⁸ Ley General de Educación, artículo 33, fracción iv.
- ⁴²⁹ *Ibidem*, artículo 33, fracción viii.
- ⁴³⁰ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, artículo 57, párr. 1.
- ⁴³¹ *Ibidem*, artículo 57, fracción xxi.
- ⁴³² Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México, artículo 34, fracción vii.
- ⁴³³ *Ibidem*, artículo 58, fracción xix.
- ⁴³⁴ Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, artículo 14, fracciones iii y iv.
- ⁴³⁵ *Ibidem*, artículo 6°, fracción xxxii.
- ⁴³⁶ Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018, *doc. cit.*, p. 4.
- ⁴³⁷ *Ibidem*, p. 23.
- ⁴³⁸ Véase Gobierno del Distrito Federal, *Tercer Informe de Gobierno del Distrito Federal*, septiembre de 2015, disponible en <<http://www.informe.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2015/09/Tercer-Informe-de-Gobierno.pdf>>, página consultada 18 de marzo de 2016.
- ⁴³⁹ Secretaría de Salud del Distrito Federal, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 27 de octubre de 2014, p. 11.
- ⁴⁴⁰ *Ibidem*, pp. 28 y 29.
- ⁴⁴¹ *Ibidem*, p. 48.
- ⁴⁴² *Ibidem*, p. 51.
- ⁴⁴³ Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Tercer Informe de Gobierno del Distrito Federal. Glosa Secretaría de Salud*, septiembre de 2015, p. 80, disponible en <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/transparencia_portal/Archivos/a14f19/aldf/comparecencia2015.pdf>, página consultada el 18 de marzo de 2016.
- ⁴⁴⁴ Gobierno del Distrito Federal, *doc. cit.*, p. 58.
- ⁴⁴⁵ Comité Coordinador para la Elaboración del Diagnóstico y Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal*, México, 2009, p. 573.
- ⁴⁴⁶ *Idem*.
- ⁴⁴⁷ Está contemplado que el diagnóstico y el PDHDF deben ser actualizados cada seis años, proceso que inició a finales de 2015. Véase Ley del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 30 de mayo de 2011; última reforma el 15 de junio de 2012, artículo 13.
- ⁴⁴⁸ Véase Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Servicios de salud pública de la Ciudad de México”, disponible en <<http://vpn.salud.df.gob.mx:88/transparencia/art14.php#XIX>>, página consultada el 29 de febrero de 2016.
- ⁴⁴⁹ El indicador construido para el seguimiento del avance de la línea 1368 es el “porcentaje de cobertura de anticoncepción post-evento obstétrico en menores y mayores de 20 años” que se calcula dividiendo el número de egresos de menores y mayores de 20 años por actividades de planificación familiar post evento obstétrico entre el número de egresos hospitalarios de menores y mayores de 20 años según tipo de atención obstétrica (aborto y parto) por 100. Véase Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Líneas de Acción del Programa de Derechos Humanos Presupuestalmente Identificadas (LAPI) por las unidades responsables del gasto enero marzo 2015”, disponible en <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjjaOZ5Z_LAhUC6GMKHT5wCacQFggnMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.salud.df.gob.mx%2Fssdf%2Ftransparencia_portal%2FArchivos%2Fa14f14%2FIDH2015trim1.xls&usq=AFQjCNHj3daYSwqx3xeZTHxfrkQybzBriw>, página consultada el 15 de febrero de 2016.
- ⁴⁵⁰ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018*, México, Secretaría de Salud, p. 11.
- ⁴⁵¹ Gobierno de la República, *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*, *op. cit.*, p. 3.

- ⁴⁵² Véase Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (ddeser), “La estrategia nacional para la prevención del embarazo adolescente: urge sea efectiva”, disponible en <<http://www.ddeser.org/juventud/index.php/2014-05-22-00-11-44/2014-05-22-00-12-31>>, página consultada el 18 de marzo de 2016.
- ⁴⁵³ Secretaría de Gobierno del Distrito Federal, Subsecretaría de Gobierno, Oficio núm. SG/SSG/0190/2016, 14 de enero de 2016.
- ⁴⁵⁴ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 24.
- ⁴⁵⁵ *Ibidem*, artículo 15, fracción xi.
- ⁴⁵⁶ Véase la Ley de Salud del Distrito Federal, artículos 24, 52 y 53.
- ⁴⁵⁷ *Ibidem*, artículo 58, párr. 4.
- ⁴⁵⁸ CDHDF, *Informe mujeres 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal*, op. cit., p. 53.
- ⁴⁵⁹ Véase Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Salud Preventiva. Salud Sexual y Reproductiva”, disponible en <<http://www.salud.df.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/312>>, página consultada el 18 de marzo de 2016.
- ⁴⁶⁰ Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, numerales 5.1.2 y 5.1.3.
- ⁴⁶¹ Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016.
- ⁴⁶² Elaborado por el CIADH con base en información de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, Anexo vii.
- ⁴⁶³ Sedesa, *Evaluación del costo-efectividad de tres modelos de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia de género en el Distrito Federal*, México, Sedesa, 2014, p. 15, disponible en <http://www.salud.df.gob.mx/portal/images/portal/programas/archivo/4_Costo_eficacia_modelos_de_atencion_psicologica.pdf>, página consultada el 19 de diciembre de 2016.
- ⁴⁶⁴ Sedesa, *Características epidemiológicas de casos atendidos por violencia de género en menores de edad*, México, Sedesa, 2014, pp. 45-47.
- ⁴⁶⁵ *Idem*.
- ⁴⁶⁶ *Idem*.
- ⁴⁶⁷ *Idem*.
- ⁴⁶⁸ La cifra se obtiene al dividir el número total de egresos por embarazo, parto y puerperio de 12 a 17 años de edad, entre los 2 160 días que existieron del 1 de enero de 2010 al 30 de noviembre de 2015. El resultado es de aproximadamente 19.89 egresos.
- ⁴⁶⁹ La *muerte materna* se entiende como el fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Véase Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, op. cit., punto 4.1.14. citado en informe 2013.
- ⁴⁷⁰ Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, Anexo v.
- ⁴⁷¹ Únicamente se dispone de información de los hospitales públicos.
- ⁴⁷² Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, Anexo i.
- ⁴⁷³ *Idem*.
- ⁴⁷⁴ CDHDF, *Informe mujeres 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal*, op. cit.
- ⁴⁷⁵ CDHDF, Recomendación 3/2015, doc. cit., pp. 40-42.
- ⁴⁷⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-20 15, numeral 6.8.10.
- ⁴⁷⁷ *Ibidem*, numeral 6.8.9.
- ⁴⁷⁸ Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, Oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, 19 de enero de 2016, Anexo i. Los datos recibidos difieren de los presentados en el Tercer Informe de Gobierno del Distrito Federal, donde se señala que de enero a septiembre de 2015 se realizaron 22 874 procedimientos, de los cuales a menores de 18 años de edad correspondió 8.6 por ciento. (Tercer Informe de Gobierno, p. 147).
- ⁴⁷⁹ Esta institución no dio respuesta a la solicitud de información realizada a las autoridades públicas en relación al presente informe.
- ⁴⁸⁰ Ley del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 28 de febrero de 2002; última reforma publicada el 9 de agosto de 2013, artículo 8º, fracciones II, III y XXIII.
- ⁴⁸¹ “Afluentes es una sociedad civil mexicana sin fines de lucro, creada en 1998, con el propósito de producir, sistematizar y difundir información, conocimientos y técnicas metodológicas en el campo de la salud sexual y reproductiva para que éstos se apliquen a distintos niveles de decisión y ejecución, favoreciendo esfuerzos conjuntos entre instituciones educativas, de salud y académicas, así como con organizaciones civiles y medios de comunicación”. Para más información véase <<http://www.afluentes.org/>>.
- ⁴⁸² Afluentes/Inmujeres-DF, ¡Va! Pero con condón, disponible en <<http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/DipAmorEsSinViolencia.pdf>>, página consultada el 15 de febrero de 2015.
- ⁴⁸³ Notimex, “Inmujeres DF coninvierte 13 mdp en asociaciones”, en *La Jornada*, México, 1 de agosto de 2015, disponible en <<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/08/01/inmujeres-df-coinvierte-13-mdp-en-asociaciones-2038.html>>, página consultada el 15 de febrero de 2015.
- ⁴⁸⁴ Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, “Asesoría en Interrupción Legal del Embarazo”, disponible en <<http://www.inmujeres.cdmx.gob.mx/asesorias/asesoria-en-interrupcion-legal-del-embarazo/>>, página consultada el 15 de febrero de 2015.

- ⁴⁸⁵ Notimex, *loc. cit.*
- ⁴⁸⁶ Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes en la Ciudad de México, artículo 139.
- ⁴⁸⁷ Instituto de la Juventud del Distrito Federal, <<http://www.injuve.cdmx.gob.mx/>>, página consultada el 22 de enero de 2016.
- ⁴⁸⁸ Instituto de la Juventud del Distrito Federal, Dirección General, Oficio núm. IJDF/DG/031/2016, 18 de enero de 2016.
- ⁴⁸⁹ *Idem.*
- ⁴⁹⁰ *Idem.*
- ⁴⁹¹ *Idem.*
- ⁴⁹² *Idem.*
- ⁴⁹³ *Idem.*
- ⁴⁹⁴ Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal, “Planteles”, disponible en <http://www.iems.edu.mx/seccion-planteles_303-1.html>, página consultada el 10 de febrero de 2016.
- ⁴⁹⁵ Estatuto Orgánico del Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 23 de marzo de 2005, artículo 37.
- ⁴⁹⁶ Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal, Oficio núm. SE/IEMS/DG/O-025/2016, 15 de enero de 2016.
- ⁴⁹⁷ No se tiene certeza de que estas sesiones fueron impartidas, ni si corresponden a los cursos reportados por el IEMS.
- ⁴⁹⁸ Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal, Oficio núm. SE/IEMS/DG/O-025/2016, 15 de enero de 2016.
- ⁴⁹⁹ Comité Coordinador para la Elaboración del Diagnóstico y Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, *op. cit.*, p. 601.
- ⁵⁰⁰ Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, “Objetivo general”, disponible en <<http://dif.df.gob.mx/dif/quienes.php>>, página consultada el 8 de febrero de 2016; y Estatuto Orgánico del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 24 de septiembre de 2007; última reforma publicada el 30 de enero de 2015.
- ⁵⁰¹ Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México, artículo 50.
- ⁵⁰² Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, Oficio núm. DIF-DF/DEAJ/065/2016, 25 de enero de 2016.
- ⁵⁰³ *Idem.*
- ⁵⁰⁴ Véase Phenélope Aldaz, “Logra GDF meta de entregar 10 mil cunas a madres”, en *El Universal*, México, 22 de diciembre de 2015, disponible en <<http://www.eluniversal.com.mx/articulo/metropoli/df/2015/12/22/logra-gdf-meta-de-entregar-10-mil-cunas-madres>>, página consultada el 29 de febrero de 2016.
- ⁵⁰⁵ Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México, “Cunas CDMX”, disponible en <http://dif.df.gob.mx/dif/_pdf/CunaCDMX_2015.pdf>, página consultada el 29 de febrero de 2016.
- ⁵⁰⁶ Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, Oficio núm. DIF-DF/DEAJ/065/2016, 25 de enero de 2016.
- ⁵⁰⁷ Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la ciudad de México, artículo 50.
- ⁵⁰⁸ Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de diciembre de 1998; última reforma publicada el 18 de noviembre de 2015, artículo 28, fracciones I, VI y IX.
- ⁵⁰⁹ Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 28 de diciembre de 2000, artículo 63, fracciones V y VI.
- ⁵¹⁰ Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, Dirección General de Igualdad y Diversidad Social, Oficio núm. DGIDS/DG/0228/2016, 27 de enero de 2016.
- ⁵¹¹ *Idem.*
- ⁵¹² Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal, artículo 64 *quáter*, fracciones III y VIII.
- ⁵¹³ Respecto de las acciones realizadas por los CAIS, a través de un monitoreo de notas periodísticas de identifican fuertes críticas respecto de la deficiencias en infraestructura y recursos con los que cuentan, los servicios que se brindan, así como de diversos problemas que se generan en los alrededores donde se ubican, aspectos que deberán ser tomados en cuenta en análisis más detallados de éstos.
- ⁵¹⁴ Instituto de Asistencia e Integración Social, “Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS)”, disponible en <<http://www.iasis.df.gob.mx/cais.php>>, página consultada el 26 de febrero de 2016.
- ⁵¹⁵ Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, Dirección General de Igualdad y Diversidad Social, Oficio núm. DGIDS/DG/0228/2016, 27 de enero de 2016.
- ⁵¹⁶ *Ibidem*, p. 8. Al respecto de la mencionada clínica, en 2000 se estableció en el Distrito Federal, el Comité para la Prevención, Control y Atención del VIH y se generó el Programa de VIH de la Secretaría de Salud local, a partir del cual se inauguró la Clínica Especializada Condesa encargada de brindar atención a pacientes con VIH. Entre los programas con los que cuenta esta clínica, está el de atención en salud sexual y reproductiva para mujeres con VIH, anticoncepción de emergencia, interrupción legal del embarazo y seguimiento y control del embarazo, entre otros; sin embargo, no se cuenta con mayor información el programa. Véase CDHDF, *Informe especial sobre la protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH por parte del Gobierno del Distrito Federal*, México, CDHDF, 2008, pp. 8 y 29.
- ⁵¹⁷ Véase Instituto de Asistencia e Integración Social, “Profais”, disponible en <<http://www.iasis.df.gob.mx/profais.php>>, página consultada el 27 de febrero de 2016.
- ⁵¹⁸ Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, Dirección General de Igualdad y Diversidad Social, Oficio núm. DGIDS/DG/0228/2016, 27 de enero de 2016.

⁵¹⁹ *Idem.*

⁵²⁰ Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, artículo 28, fracciones I, VI y IX.

⁵²¹ CDHDF, Recomendación 3/2015, *doc. cit.*, p. 145.

⁵²² *Ibidem*, p. 138.

⁵²³ *Idem.*

⁵²⁴ *Ibidem*, pp. 148 y 149.

⁵²⁵ Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 29.1.

Bibliografía

Publicaciones y artículos

- Academia Mexicana de Derechos Humanos, *et al.*, *Informe alternativo sobre la situación de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres en México*, presentado en el marco del 52º periodo de sesiones de la CEDAW, Nueva York, 17 de julio de 2012.
- Ahumada, Claudia y Shannon Kowalski-Morton, *Derechos sexuales y reproductivos. Guía para activistas jóvenes*, Ottawa, Youth Coalition, 2006.
- Alianza por la Solidaridad, *et al.*, *Carta conjunta al portavoz del Grupo Parlamentario Popular de España sobre los derechos reproductivos de las niñas*, España, 2015.
- Asociación para el Desarrollo Integral de las Personas Violadas (Adivac), “Proyecto Prevención, detección y atención psicoterapéutica de la violencia sexual para niñas, niños, adolescentes y mujeres adultas, que viven en la Ciudad de México y su zona conurbada”, disponible en <<http://adivac.org/pdf/informe2014.pdf>>.
- Ávalos Capín, Jimena, “Derechos reproductivos y sexuales”, en José Luis Caballero Ochoa, *et al.* (coords.), *Derechos humanos en la Constitución. Comentarios de jurisprudencia constitucional e interamericana*, México, IJ-UNAM/SCJN/Fundación Konrad Adenauer, 2013.
- Azevedo, Joao Pedro, *et al.*, *Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*, Washington, D. C., Banco Mundial/LAC, 2012.
- Centro de Derechos Reproductivos, *Haciendo de los derechos una realidad. Hoja informativa: el derecho humano a la información sobre salud sexual y reproductiva*, septiembre 2010.
- , *Derechos reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*, UNFPA, disponible en <<http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/docu->

ments/Derechos%20reproductivos_una%20herramienta%20para%20monitorear%20las%20obligaciones%20de%20los%20Estados.pdf>.

———, *Los derechos reproductivos a la vanguardia. Una herramienta para la reforma legal*, Estados Unidos, Centro de Derechos Reproductivos, 2008.

Cillero Bruñol, Miguel, “El interés superior del niño en el marco de la convención internacional sobre los derechos del niño”, en *Justicia y derechos humanos*, Santiago de Chile, UNICEF, 1999.

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Informe mujeres 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal*, vol. II, México, CDHDF, 2014.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Acceso a la información, violencia contra las mujeres y la administración de justicia en las Américas*, OAS/Ser.L/V/II.154, CIDH/OEA, 27 de marzo de 2015.

Contreras, Juan Manuel, *et al.*, *Violencia sexual en América Latina y el Caribe: Análisis de datos secundarios*, Pretoria, Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual, 2010.

Dick, Bruce, *et al.*, “Review of the evidence for interventions to increase young people’s use of health services in developing countries”, en David Ross *et al.* (eds.), *Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries: UNAIDS interagency task team on HIV and young people*, Ginebra, OMS (WHO technical report series, núm. 938), 2006.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *La adolescencia una época de oportunidades. Estado mundial de la infancia 2011*, Nueva York, UNICEF, 2011.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, *El poder de 1 800 millones, los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. Estado mundial de la población 2014*, UNFPA, 2014.

———, *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. El estado de la población mundial 2013*, Nueva York, UNFPA, 2013.

Gaitán Muñoz, Lourdes, “La nueva sociología de la infancia. Aportaciones de una mirada distinta”, en *Política y Sociedad*, vol. 43, núm. 1, Madrid, Universidad Complutense, 2006.

García Hernández, Gloria Elizabeth, “Un enfoque social sobre el embarazo en la adolescencia”, en *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades Iztapalapa*, año 19, núm. 47, México, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), extraordinaria de 1999.

Gasman, Nadine, *et al.*, “Violencia sexual en México”, en *Informe nacional sobre violencia y salud, ciudad de México*, México, Secretaría de Salud (SSA), 2006.

González Contró, Mónica, *Derechos humanos de los niños: una propuesta de fundamentación*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 2008.

———, “La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes”, en *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, núm. 20, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, enero-junio de 2009.

Griesbach Guízar, Margarita, *Bienes públicos regionales para la atención integral de la primera infancia: lineamientos comunes, garantías mínimas y protocolos regionales*, México, CEPAL, 2013.

———, “La obligación reforzada del Estado frente a la infancia”, en *Dfensor*, año XII, núm. 12, México, CDHDF, diciembre 2014.

- Grupo de Información en Reproducción Elegida, *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*, México, GIRE, 2015.
- Jara, Lily, *Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas. Indicador propuesto para el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina*, Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Oficina de Género, Etnicidad y Salud, 2008.
- Jiménez Cogollo, Regina, “Aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente”, en *Revista Cuidarte*, vol. 3, núm. 1, Colombia, Programa de Enfermería/Universidad de Santander, enero-diciembre de 2012.
- Laino Pereyra, Silvia E., “Autonomía progresiva de la voluntad”, en *Manual para la defensa jurídica de los derechos humanos de la infancia*, Uruguay, UNICEF, 2012.
- Menkes, Catherine y Leticia Suárez, “Sexualidad y embarazo adolescente en México”, en *Papeles de población*, vol. 9, núm. 35, México, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población-Universidad Autónoma del Estado de México, enero-marzo de 2003.
- Mesa, Alicia, *et al.*, *Marco Internacional y Nacional de los Derechos Sexuales de Adolescentes*, México, Afluentes/CDHDF, 2007.
- Napierala Mavedzenge, Sue, *et al.*, “HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review” en *Journal of Adolescent Health*, vol. 49, núm. 6, Society for Adolescent Health and Medicine, diciembre de 2011.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Adolescentes*, OACNUDH (Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos), 2015, disponible en <<http://www.oacnudh.org/wp-content/uploads/2015/08/Adolescentes-Informacion-Sobre-Salud-y-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf>>.
- , *Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y la aplicación*, HR/PUB/12/5, Nueva York y Ginebra, OACNUDH, 2012.
- , *Preguntas Frecuentes sobre el Enfoque de Derechos Humanos en la Cooperación para el Desarrollo*, Nueva York y Ginebra, OACNUDH, 2006.
- Organización Mundial de la Salud, *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31, January 2002*, Génova, OMS, 2006.
- , *Lista modelos de medicamentos esenciales de la OMS*, OMS, 2011.
- , *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias*, Ginebra, OMS/WHOFWC/MCA, 2012.
- Organización Panamericana de la Salud, *Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud*, Washington, D. C., OPS-Oficina de Género, Etnicidad y Salud, 2004.
- Oviedo, Myriam y María Cristina García, “El embarazo en situación de adolescencia: una impostura en la subjetividad femenina”, en *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, vol. 9, núm. 2, Manizales, Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud-Universidad de Manizales/Alianza Cinde, 2011.
- Pio Iván Gómez, *et al.*, *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*, Lima, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos-Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), 2011.

- Red por los derechos de la infancia en México, *Informe alternativo sobre la situación de garantía de derechos de niñas, niños y adolescentes en México*, México, Redim, 2014.
- Relatoría sobre los Derechos de la Mujer, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, OEA/Ser.L/V/II.Doc. 69, CIDH-OEA, 7 de junio de 2010.
- Reyes, David de Jesús y Esmeralda González Almontes, “Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente”, en *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, núm. 17, México, Universidad Autónoma de Nuevo León, agosto de 2014.
- Salomone, Gabriela, “La noción jurídica de autonomía progresiva en el campo de la niñez y adolescencia: incidencias subjetivas e institucionales”, en *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Buenos Aires, Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, 2013.
- Serrano, Sandra y Daniel Vázquez, *Los Derechos en Acción. Obligaciones y principios de derechos humanos*, México, Flacso-México, 2013.
- , *El enfoque de derechos humanos*, México, Flacso-México (col. Guías de estudio de la Maestría en Derechos Humanos y Democracia), Mimeo, 2012.
- Serrano, Sandra, “Obligaciones del Estado frente a los Derechos Humanos y sus principios rectores: una relación para la interpretación y aplicación de los derechos”, en Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot, *et al.* (coords.), *Derechos humanos en la Constitución: Comentarios de jurisprudencia constitucional e internacional*, t. 1, México, IJ-UNAM, 2013.
- Teal, Stephanie y Elizabeth Romer, “Awareness of long-acting reversible contraception among teens and young adults”, en *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, núm. 4, Society for Adolescent Health and Medicine, abril 2013.
- Stern, Claudio, *El problema del embarazo en la adolescencia: contribuciones a un debate*, México, El Colmex, 2012.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en casos que involucren niñas, niños y adolescentes*, 2ª ed., México, SCJN, 2014.
- Villalobos Hernández, Aremis, *et al.*, “Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México”, en *Salud pública de México*, vol. 57, núm. 2, Instituto Nacional de Salud Pública, marzo-abril de 2015.
- Whitaker, Amy, *et al.*, “Effect of a brief educational intervention on the attitudes of young women toward the intrauterine device”, en *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 23, núm. 2, North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology, abril de 2010.

Informes de organismos internacionales

- Asamblea General de las Naciones Unidas, *Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños*, Sr. Paulo Sérgio Pinheiro, A/61/299, 29 de agosto de 2006.
- , *Informe Prov. del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Sr. Anad Grover, A/66/254, 3 de agosto 2011.

- , *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación, Vernor Muñoz al derecho humano a la educación sexual integral*, A/65/162, 23 de julio de 2010.
- Commission on Population and Development, Report on the forty-fifth session (15 April 2011 and 23-27 April 2012), E/2012/25 E/CN.9/2012/8, 2012.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Examen de los informes presentados por los estados partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del Pacto, observaciones a México*, E/C.12/MEX/CO/4, 9 de junio de 2006.
- , *Examen de los informes presentados por los estados partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del Pacto, observaciones a México*, E/C.12/1/Add.41, 8 de diciembre de 1999.
- Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales del examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 40 del Pacto*, CCPR/C/GTM/CO/3, 2012.
- , *Observaciones finales del examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 40 del Pacto: República Dominicana*, CCPR/C/DOM/CO/5, 19 de abril de 2012.
- , *Observaciones finales del examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 40 del Pacto: Polonia*, CCPR/C/79/Add.110, 29 de julio de 1999.
- , *Observaciones finales del examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 40 del Pacto: Polonia*, CCPR/CO/82/POL, 2 de diciembre 2004.
- , *Observaciones finales del examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 40 del Pacto: Antigua y Barbuda*, CRC/C/15/Add.247, 3 de noviembre de 2004.
- Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México*, CRC/C/MEX/CO/4-5, 8 de junio de 2015.
- , *Examen de los informes presentados por los estados partes en virtud del artículo 44 de la Convención, observaciones finales México*, CRC/C/MEX/CO/3, 8 de junio de 2006.
- , *Examen de los informes presentados por los estados partes en virtud del artículo 44 de la Convención, observaciones finales: Honduras*, CRC/C/HND/CO/3, 2 de mayo de 2007.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Proyecto de observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Eslovaquia*, CEDAW/C/SVK/CO/4, 17 de Julio de 2008.
- , *Caso Sra. A. T. contra Hungría, Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer emitido conforme al párrafo 3 del artículo 7 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Anexo III (comunicación núm. 2/2003)*, 26 de enero de 2005.
- , *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Hungría*, A/51/38, 2 de febrero de 1996.
- , *Observaciones finales a Kazajstán del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*, A/56/38, 2001.
- , *Observaciones finales a México del Comité para la eliminación de la Discriminación contra la Mujer*, CEDAW/C/MEX/CO/7-8, 7 de agosto de 2012.
- , *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México*, CEDAW/C/MEX/CO/6, 25 de agosto de 2006.

- , *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Georgia*, CEDAW/C/GEO/CO/3, 25 de agosto de 2006.
- Consejo de Derechos Humanos, *Obligaciones de derechos humanos relacionadas con la provisión de servicios de agua y saneamiento por actores no estatales. Informe de la Experta Independiente sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el acceso al agua potable y el saneamiento*, A/HRC/15/31, 29 de junio de 2010.

Observaciones generales

- Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 3. El VIH/Sida y los derechos del niño, CRC/GC/2003/3, 17 de marzo de 2003.
- , Observación General núm. 4. La salud y desarrollo de las y los adolescentes, CRC/GC/2003/4, 21 de julio de 2013.
- , Observación General núm. 5. Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (artículos 4º y 42 y párrafo 6º del artículo 44), CRC/GC/2003/5, 27 de noviembre de 2003.
- , Observación General núm. 8. El derecho del niño a la protección contra los castigos corporales y otras formas de castigo crueles o degradantes (artículo 19, párrafo 2 del artículo 28 y artículo 37, entre otros), CRC/C/GC/8, 21 de agosto de 2006
- , Observación General núm. 12. El derecho del niño a ser escuchado, CRC/C/GC/12, aprobada en el 51º periodo de sesiones, 20 de julio de 2009.
- , Observación General núm. 13. Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, CRC/C/GC/13, 18 de abril de 2011.
- , Observación General núm. 15. Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013.
- Comité DESC, Observación General núm. 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2º), E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009.
- , Observación General núm. 14. 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, 11 de agosto de 2000.
- , Observación General núm. 15. El derecho al agua, (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2002/11, 29º periodo de sesiones, 2002.
- Comité de Derechos Humanos, Comentario General núm. 28. Igualdad de derechos entre hombres y mujeres (artículo 3º), CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, 29 de marzo de 2000.
- Comité CEDAW, Recomendación General núm. 19. La violencia contra la mujer, A/47/38, 29 de enero de 1992.
- , Recomendación General núm. 21. Sobre la igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares, HRI/GEN/1/Rev., 4 de febrero de 1994.

- , Recomendación General núm. 24. La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer), A/54/38/Rev.1., aprobada en el 20º periodo de sesiones, 1999.
- Organización de las Naciones Unidas, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994), A/CONF.171/13, 18 de octubre de 1994.
- , *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995), A/CONF.177/20/Rev.1, 1996.
- , *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*, PLE-1/ES, Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013.

Tratados, convenios y convenciones

- Convención Americana sobre Derechos Humanos, adoptada en la ciudad de San José, Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969; publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de mayo de 1981.
- Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, adoptado el 11 de octubre de 2005 en la ciudad española de Badajoz, entró en vigencia el 1 de marzo de 2008.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, CIF/ASAM/REUNION, adoptada en el XXIV periodo ordinario de sesiones el 6 de septiembre de 1994, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de enero de 1999.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, A/RES/34/180, adoptada por la Asamblea General en su resolución 34/180 el 18 de diciembre de 1979, publicada en el en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de mayo de 1981.
- Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por Asamblea de General de las Naciones Unidas en su Resolución A/RES/44/25 durante su 44º periodo de sesiones, Nueva York, 20 de noviembre de 1989, publicada en *el Diario Oficial de la Federación* el 25 de enero de 1991.
- Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, Convención de Estambul, 11 de mayo de 2011, Estambul, Turquía, entrada en vigencia el 1 de agosto de 2014.
- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, aprobada en la 16ª sesión plenaria de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada el 15 de septiembre de 1995, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su quincuagésimo período de sesiones.
- Declaración y Programa de Acción de Amman sobre los derechos humanos de mujeres y niñas, Comité Internacional de Coordinación de las Instituciones Nacionales para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, 7 de noviembre de 2012.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Organización de las Naciones Unidas, en Nueva York, el 16 de diciembre de 1966, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de mayo de 1981.

Sentencias de organismos internacionales

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Jessica Gonzales vs. Estados Unidos, Admisibilidad*, Caso 12.626, Informe núm. 52/07, Petición 1490-05, *Jessica Gonzáles y Otros*, 24 de julio de 2007.

———, *Maria da Penha Maia Fernandes vs. Brasil*, Caso 12.051, Informe N° 54/01, OEA/Ser./L/V/II.111, 16 de abril de 2001.

Comité Europeo de Derechos Sociales, *International Centre for the Legal Protection of Human Rights (Interights) vs. Croatia*, Queja núm. 45/2007, Sentencia del 21 de octubre de 2009.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil* (comunicación núm. 17/2008), CEDAW/C/49/D/17/2008, 27 de septiembre de 2011.

Corte Europea de Derechos Humanos, *Case of Opuz V. Turkey, Application*, núm. 33401/02, Judgment, Strasbourg, Resolución de 9 de junio de 2009, documento final de 9 de septiembre de 2009.

———, *Case of R.R. v. Poland, Application* núm. 27617/04, Judgment, Strasbourg, Resolución de 26 de Mayo de 2011, documento final de 28 de noviembre de 2011.

Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras, Fondo*, Sentencia de 29 de julio de 1988, Serie C No. 4.

Oficios

Comisión Nacional de Arbitraje México, Dirección General, oficio núm. DGDI/240/004/16, del 13 de febrero de 2016.

Consejería Jurídica y de Servicios Legales, Dirección General del Registro Civil del Distrito Federal, oficio núm. DGRC/0036/2016, del 12 de enero de 2016.

Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal, Dirección Jurídica, oficio núm. SE/IEMS/DG/O-025/2016, del 15 de enero de 2016.

Instituto de la Juventud del Distrito Federal, Directora General, oficio núm. IJDF/DG/031/2016, del 18 de enero de 2016.

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, Dirección General, oficio núm. DGDH/500/061/02-2016, del 15 de febrero de 2016.

Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, Dirección General de Igualdad y Diversidad Social, oficio núm. DGIDS/DG/0228/2016, del 27 de enero de 2016.

Secretaría de Gobierno del Distrito Federal, oficio núm. SG/SSG/0190/2016 del 14 de enero de 2016.

Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Servicios Médicos e Insumos, oficio núm. SSDF/SSMI/0022/2016, del 19 de enero de 2016.

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, oficio núm. DIF-DF/DEAJ/065/2016, del 25 de enero de 2016.

Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, Dirección de Estadística de la Presidencia, oficio núm. TSJDF/PDE/96/2016, del 9 de febrero de 2016.

Documentos de Gobierno

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, Cartilla de derechos de las víctimas de abuso sexual infantil, disponible en <https://issuu.com/ernexsto/docs/ppt/1_2014>.

Comité Coordinador para la elaboración del Diagnóstico y Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Programa de derechos humanos del Distrito Federal*, México, 2009.

Gobierno del Distrito Federal-Sedesa. *Agenda Estadística 2014*, Distrito Federal, 2014.

Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, *Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA)*, México, 2015

Jefatura de Gobierno del Distrito Federal, Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 11 de septiembre de 2013.

———, Tercer Informe de Gobierno del Distrito Federal, septiembre 2015, disponible en <<http://www.informe.cdmx.gob.mx/>>.

Secretaría de Educación Pública, *Reporte de la Encuesta Nacional de Deserción en la Educación Media Superior*, México, SEP/Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE)/Consejo para la Evaluación de la Educación del Tipo Medio Superior (COPEEMS), 2012, 163 pp.

Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Evaluación del costo-efectividad de tres modelos de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia de género en el distrito federal*, México, mayo de 2014, disponible en <http://www.salud.df.gob.mx/portal/images/portal/programas/archivo/4_Costo_eficacia_modelos_de_atencion_psicologica.pdf>.

———, *Manual de Procedimientos para la Interrupción Legal del Embarazo en las Unidades Médicas*, febrero de 2008, disponible en <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/transparencia_portal/art-14frac1/-manualile.pdf>.

———, “Características epidemiológicas de casos atendidos por violencia de género en menores de edad”, en *Programa de prevención y Atención de la Violencia de Género*, Secretaría de Salud, mayo 2014.

———, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 27 de octubre de 2014.

Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018*, México, Secretaría de Salud.

Normatividad nacional y local

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de febrero de 1917, última reforma publicada el 27 de enero de 2016.

Estatuto Orgánico del Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 23 de marzo de 2005.

Estatuto Orgánico del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 24 de septiembre de 2007, última reforma publicada el 30 de enero de 2015.

Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de enero de 2008, última reforma publicada el 26 de noviembre de 2015.

Ley de Educación del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 8 de junio de 2000, última reforma publicada el 28 de noviembre de 2014.

Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en el Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 15 de mayo de 2007, última reforma publicada el 18 de diciembre de 2014.

Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes en la Ciudad de México, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 13 de agosto de 2015.

Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 12 de noviembre de 2015.

Ley de Planeación Demográfica y Estadística para la Población del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 10 de noviembre de 2008, última reforma publicada el 4 de enero de 2012.

Ley de Salud del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 17 de septiembre de 2009, última reforma publicada el 19 de enero de 2016.

Ley del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 28 de febrero de 2002, última reforma publicada el 9 de agosto de 2013.

Ley del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 30 de mayo de 2011, última reforma del 15 de junio de 2012.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 1 de febrero de 2007, última reforma publicada el 17 de diciembre de 2015.

Ley General de Educación, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de julio de 1993, última reforma publicada el 17 de diciembre de 2015.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de diciembre de 2014.

Ley General de Población, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de enero de 1974, última reforma publicada el 1 de diciembre de 2015.

Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, última reforma publicada el 12 de noviembre de 2015.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de agosto de 2006, última reforma publicada el 4 de junio de 2015.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 11 de junio de 2003, última reforma publicada el 20 de marzo 2014.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 1 de julio de 1992, última reforma publicada el 18 de diciembre de 2015.

- Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 24 de febrero de 2011, última reforma publicada el 18 de noviembre de 2015.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de diciembre de 1998, última reforma publicada el 18 de noviembre de 2015.
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 16 de abril de 2009.
- Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de mayo de 1994.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de noviembre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de agosto de 2015, última modificación publicada el 18 de septiembre de 2015.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de noviembre de 2012.
- Reglamento de la Ley General de Población, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de abril de 2000, última reforma publicada el 28 de septiembre de 2012.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de mayo de 1986, última reforma publicada el 23 de marzo de 2014.
- Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 28 de diciembre de 2000.

Páginas de internet

- Afluentes, Inmujeres-DF, “¡Va! Pero con condón”, disponible en: <<http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/DipAmorEsSinViolencia.pdf>>.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, “Celebra CDHDF aprobación de leyes de juventud y niñez”, en *Agencia de Gestión Urbana*, 10 de julio de 2015, disponible en <<http://www.agu.df.gob.mx/sintesis/index.php/celebra-cdhdf-aprobacion-de-leyes-de-juventud-y-ninez/>>.
- Consejo Nacional de Población, “*Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva Entidades Federativas 2014*”, disponible en <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicador-res_de_Salud_Sexual_y_Reproductiva_Entidades_Federativas_2014>.

Enforced disappearances Information Exchange Center, “Todo ser humano es titular de derechos”, disponible en <<http://www.ediec.org/es/areas/obligaciones-de-estado/proteger-respetar-y-promover-los-derechos-humanos/>>.

Espolea, “#Maternidad adolescente, embarazo y maternidad adolescentes”, disponible en <<http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ma-01.png>>.

Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, Comunicado de Prensa, La Ley General para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, constituye un avance histórico para la infancia en México: UNICEF, 7 de noviembre de 2014, disponible en <http://www.unicef.org/mexico/spanish/PRaprobacionleyproteccioninfancianov_final.pdf>.

———, “Hojas informativas sobre la protección de la infancia”, disponible en <http://www.unicef.org/spanish/protection/files/FactSheet_childmarriage_sp.pdf>.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Cuando el parto es nocivo: La fístula obstétrica*, 2012, p. 3, disponible en <<http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SP-SRH%20fact%20sheet-Fistula.pdf>>.

Human Rights Watch, “Están en juego la salud y la vida. La normativa sobre aborto en Latinoamérica es de las más restrictivas”, 6 de mayo de 2015, disponible en <<https://www.hrw.org/es/news/2015/05/06/estan-en-juego-la-salud-y-la-vida>>.

———, “La salud reproductiva es un derecho de todas”, disponible en: <<https://www.hrw.org/es/news/2007/05/24/la-salud-reproductiva-es-un-derecho-de-todas>>, página consultada el 13 de enero de 2016.

Instituto de Asistencia e Integración Social, “Profais”, disponible en <<http://www.iasis.df.gob.mx/cais.php>>.

Instituto de la Juventud del Distrito Federal, disponible en: <<http://www.injuve.cdmx.gob.mx/>>.

Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal, “Planteles”, disponible en <http://www.iems.edu.mx/seccion-planteles_303-1.html>.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística, “Censos y conteos de población y vivienda. Censo de población y Vivienda 2010”, disponible en <<http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&cs=est#>>.

———, “Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014”, disponible en <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/default.aspx>>.

———, “Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009”, disponible en <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/>>.

———, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos del Distrito Federal”, 10 de mayo del 2010, disponible en <http://www.finanzas.df.gob.mx/ppeg/docs/Maternidad.pdf>.

———, “Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (12 de agosto). Datos nacionales”, 10 de agosto de 2015, disponible en <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pdf>.

Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, “Síntesis de la Ley General”, disponible en <<http://www.leyderechosinfancia.mx/ley-general/sintesis-de-la-ley/>>.

- Organización de las Naciones Unidas, “Día Internacional para la Erradicación de la Fístula Obstétrica”, disponible en <<http://www.un.org/es/events/endlfistuladay/>>.
- ONU Mujeres México, “Únete a la iniciativa: ‘De la A (Aguascalientes) a la Z (Zacatecas), México sin unión temprana y matrimonio de niñas en la ley y en la práctica’”, 13 de noviembre de 2015, disponible en <<http://mexico.unwomen.org/es/noticias-y-eventos/articulos/2015/10/llamado-no-matrimonio-infantil#sthash.pN6KSKgp.dpuf>>.
- Organización Mundial de la Salud, “El embarazo en la adolescencia”, nota descriptiva núm. 3642, disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>>.
- , Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo, vol. 87, junio de 2009, pp. 405-484, disponible en <<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>>.
- , “Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent-friendly health services”, 2012, disponible en <http://www.who.int/maternal_child_adolescent-/documents/adolescent_friendly_services/en/>.
- Red por los derechos de la infancia en México, Boletín, REDIM saluda la Promulgación de la Ley General de los Derechos de niñas, niños y adolescentes, 3 de diciembre de 2016, disponible en <http://www.derechosinfancia.org.mx/index.php?contenido=boletin&id=68&id_opcion=73>.
- Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (ddeser), “La estrategia nacional para la prevención del embarazo adolescente: urge sea efectiva”, disponible en <<http://www.ddeser.org/juventud/index.php/2014-05-22-00-11-44/2014-05-22-00-12-31>>.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Listado de Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud”, disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>>.
- , “Salud sexual y reproductiva”, disponible en <<http://www.salud.df.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/312>>.
- , *Seguimiento del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, enero-marzo de 2015*, Líneas de Acción del Programa de Derechos Humanos Presupuestalmente Identificadas (LAPI), hoja 1368_SalSex4, disponible en <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rcct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjjaOZ5Z_LAhUC6GMKHT5wCAcQFggnMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.salud.df.gob.mx%2Fssdf%2Ftransparencia_portal%2FArchivos%2Fa14f14%2FIDH2015trim1.xls&usg=AFQjCNHj3daYSwqx3xeZTHxfrkQybzBriw>.
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, “Objetivo general”, disponible en: <<http://dif.df.gob.mx/dif/quienes.php>>.
- , “Cunas CDMX”, disponible en <http://dif.df.gob.mx/dif/_pdf/CunaCDMX_2015.pdf>.

Notas periodísticas

- Ayuntamiento de Xalapa, Comunicado núm. 2019, Instalará Ayuntamiento de Xalapa Sistema Municipal de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, 9 de noviembre de 2015,

- disponible en <<http://xalapa.gob.mx/blog/2015/11/09/instalara-ayuntamiento-de-xalapa-sistema-municipal-de-proteccion-integral-de-ninas-ninos-y-adolescentes/>>.
- “Contará Oaxaca con sistema estatal de protección integral para la niñez”, en *Quadratin Oaxaca*, México, 10 de enero de 2016, disponible en <<https://oaxaca.quadratin.com.mx/Contara-Oaxaca-sistema-estatal-proteccion-integral-la-ninez/>>
- DIF Felipe Carrillo Puerto, Boletín de Prensa, Instalan el sistema municipal de protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, 2 de diciembre de 2015, disponible en <<http://felipecarrillopuerto.gob.mx/index.php/sectores-o-areas/1106-instalan-el-sistema-municipal-de-proteccion-de-los-derechos-de-las-ninas-ninos-y-adolescentes.html>>.
- DIF Culiacán, Boletín de Prensa, Toma protesta el Sistema Municipal de Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes, 1 de diciembre de 2015, disponible en <<http://dif.culiacan.gob.mx/toma-protesta-el-sistema-municipal-de-proteccion-integral-de-los-derechos-de-ninos-ninas-y-adolescentes/>>.
- Francisco Cienfuegos, “Instalan Sistema de Protección a Menores en Ciudad Guadalupe”, en *Notired.mx*, 16 de febrero de 2016, disponible en <<http://www.notired.mx/nota.cgi?id=55502182>>
- Gobierno de Monterrey, Boletín de prensa, Impulsan en Monterrey Protección y respeto a los derechos de los menores, 26 de enero de 2016, disponible en <<http://www.mty.gob.mx/impulsan-en-monterrey-proteccion-y-respeto-a-los-derechos-de-los-menores/>>
- Gobierno de Santa Catarina, Boletín de prensa, Santa Catarina 1er municipio en proteger derechos de niños, 26 de enero de 2016, disponible en <<http://www.stacatarina.gob.mx/wsc1215/posts/read/1485>>
- Gobierno de Veracruz, Boletín de prensa, Pone en marcha Veracruz Sistemas de Protección Integral a la Infancia, 27 de enero de 2016, disponible en <<http://www.veracruz.gob.mx/blog/2015/01/27/207715/>>.
- “Instala Escobedo Sistema de protección para niños, niñas y adolescentes”, en *Posta.com*, 26 de febrero de 2016, disponible en <<http://www.posta.com.mx/nuevo-leon/instalan-sistema-de-proteccion-para-ninos-ninas-y-adolescentes>>
- “Instala gobernador Sistema Local de Protección de Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes”, en *El Siglo de Durango*, México, 16 de febrero de 2016, disponible en <<http://www.elsiglodurango.com.mx/noticia/641967.instala-gobernador-sistema-local-de-proteccion-de-derechos-de-los-ninos-ninas-y-adolescentes.html>>.
- “Instalan sistema de protección para niños y adolescentes”, en *Notired.mx*, 19 de febrero de 2016, disponible en <<http://www.notired.mx/bronco/nota.cgi?id=55502235>>;
- “Instalan Sistema para proteger a los niños y adolescentes de Calera”, en *NTRZacatecas*, 22 de enero de 2016, disponible en <<http://ntrzacatecas.com/2016/01/22/instalan-sistema-para-proteger-a-los-ninos-y-adolescentes-de-calera/>>.
- Municipio de San Pedro Garza García, Boletín de Prensa, Toma de Protesta del Sistema Municipal de Protección Integral de los derechos de los Niños, 12 de febrero de 2016, disponible en <http://www.sanpedro.gob.mx/Prensa/Detail_Noticia.asp?folio=13784#gsc.tab=0>.

- Notimex, “INMUJERES DF coinvierte 13 mdp en asociaciones”, en *La Jornada*, México, 1 agosto de 2015, disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/08/01/inmuje-res-df-coinvierte-13-mdp-en-asociaciones-2038.html>>.
- Phenélope Aldaz, “Logra GDF meta de entregar 10 mil cunas a madres”, en *El Universal*, México, 22 de diciembre de 2015, disponible en <<http://www.eluniversal.com.mx/articulo/metropoli/df/2015/12/22/logra-gdf-meta-de-entregar-10-mil-cunas-madres>>.
- Presidencia de la República, Boletín de prensa, Instaló el Presidente Enrique Peña Nieto el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, 2 de diciembre de 2015, disponible en <<http://www.gob.mx/presidencia/prensa/instalo-el-presidente-enrique-pena-nieto-el-sistema-nacional-de-proteccion-integral-de-ninas-ninos-y-adolescentes>>
- “Quintana Roo, segundo estado en instalar el Sistema Estatal para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en *Maya sin Fronteras*, 12 de noviembre de 2015, disponible en <<http://www.mayasinfronteras.org/2015/11/quintana-roo-segundo-estado-en-instalar-el-sistema-estatal-para-la-proteccion-de-los-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentes/>>.
- Secretaría de Gobernación, Boletín de Prensa, 100 días. 10 acciones. Imaginando un México mejor para 43 millones de niñas, niños y adolescentes, 17 de diciembre de 2015, disponible en <<https://www.gob.mx/segob/articulos/100-dias-10-acciones-imaginando-un-mexico-mejor-para-43-millones-de-ninas-ninos-y-adolescentes>>
- , Boletín de prensa, Sostienen reunión de trabajo los Sistemas, Nacional y Estatales, de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, 20 de febrero de 2016, disponible en <<http://www.gob.mx/segob/prensa/sostienen-reunion-de-trabajo-los-sistemas-nacional-y-estatales-de-proteccion-integral-de-ninas-ninos-y-adolescentes>>.
- “Sistema Municipal de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes”, en *General Zuazua*, 23 de febrero de 2016, disponible en <<http://www.zuazua.gob.mx/sistema-municipal-de-proteccion-integral-de-los-derechos-de-las-ninas-ninos-y-adolescentes.html>>

Recomendaciones CDHDF

- Recomendación 13/2006, 1 de noviembre de 2006.
Recomendación 2/2009, 30 de marzo de 2009.
Recomendación, 15/2012, octubre de 2012.
Recomendación 3/2015, 28 de mayo de 2015.

*Embarazo en adolescentes y el ejercicio de los derechos sexuales
y reproductivos en la Ciudad de México.*

Situación de los derechos humanos de las mujeres,
se terminó de editar en marzo de 2016.

Para su composición se utilizaron tipos Adobe Garamond Pro y Frutiger LT Std.

En el marco del Programa de Derechos Humanos
y Medio Ambiente y comprometida con la ecología y el cuidado
del planeta, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
edita este material en versión electrónica para reducir
el consumo de recursos naturales, la generación de residuos
y los problemas de contaminación.



En la **CDHDF**
cuidamos tus derechos

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Oficina sede

Av. Universidad 1449, col. Pueblo Axotla, del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F. Tel.: 5229 5600

Unidades desconcentradas

Norte

Payta 632, col. Lindavista, del. Gustavo A. Madero,
07300 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1756

Sur

Av. Prol. Div. del Norte 815, col. Jardines del Sur,
del. Xochimilco, 16050 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1755

Oriente

Campesinos 398, col. Santa Isabel Industrial,
del. Iztapalapa, 09820 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1754

Centro de Consulta y Documentación

Av. Universidad 1449, edificio B, planta baja,
col. Pueblo Axotla, del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1833

 CDHDF

 /CDHDF1

 @CDHDF