

La discriminación detrás de las esterilizaciones no consentidas contra mujeres y niñas con discapacidad en México

Discrimination behind non-consensual sterilizations of women and girls with disabilities in México

MARÍA FERNANDA TÉLLEZ GIRÓN GARCÍA

Universidad Nacional Autónoma de México

ORCID: 0000-0002-1895-0958

Fecha de recepción: 30 de julio de 2021

Fecha de aceptación: 07 de octubre de 2021

SUMARIO: I. Introducción. II. Discriminación en México y modelos de discapacidad. 1. Modelos de discapacidad. 2. Mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad. a. Tratados internacionales. III. Esterilizaciones no consentidas o involuntarias. 1. La institucionalización de la esterilización no consentida. IV. Las consejerías, la información accesible y el consentimiento. 1. Las consejerías. 2. La información accesible. 3. El consentimiento. V. Violencia obstétrica y la capacidad jurídica. 1. Como violencia obstétrica. 2. Reconocimiento de la capacidad jurídica. VI. Conclusiones.

RESUMEN: Las mujeres y niñas con discapacidad históricamente se enfrentan a situaciones de discriminación que de forma cotidiana y reiterada violan sus derechos humanos. Especialmente, cuando se trata de tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción se limitan sus derechos sexuales y reproductivos basándose en estereotipos de género y eugenésicos. El desconocimiento de la autonomía reproductiva de mujeres y niñas con discapacidad responde a que no se ha logrado transitar al modelo social de discapacidad que permita asegurar plena capacidad de decisión. La vigencia de modelos de sustitución de voluntad no sólo limita los derechos humanos, sino que constituye una forma de violencia de género que se materializa en las esterilizaciones no consentidas. Se encontró que en México existe un contexto institucional que permite que entidades

de asistencia social, como las casas hogares, junto con autoridades estatales acuerden e impulsen violar los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y niñas con discapacidad a través de la esterilización.

ABSTRACT: Women and girls with disabilities historically have faced many discriminatory situations that occur on a daily basis which violates their human rights. Especially when it comes to making decisions about their sexuality and reproduction, their sexual and reproductive rights are limited based on gender and eugenicist stereotypes. The lack of recognition of the reproductive autonomy of women and girls with disabilities is a result of the unsuccessful attempts to transition towards a social model of disability that would allow them to ensure full capacity to make their own decisions. The prevalence of will substitution models not only limits human rights, but also constitutes a form of gender violence that manifests in non-consensual sterilizations. It was found that in Mexico there is an institutional context that allows social assistance entities, such as children's homes and shelters, together with state authorities, to agree and promote the violation of the sexual and reproductive rights of women and girls with disabilities through sterilization.

PALABRAS CLAVE: *Esterilización, esterilización no consentida, esterilización involuntaria, mujeres, niñas, adolescentes, discapacidad, México, violencia de género, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos.*

KEYWORDS: *Sterilization, non-consensual sterilization, women, girls, children, disability, Mexico, gender violence, human rights, sexual and reproductive rights.*

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo abordar la esterilización no consentida o involuntaria como una práctica invisibilizada cometida contra mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad en México. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) identifica que históricamente las personas con discapacidad son uno de los grupos más vulnerables a que les practiquen esterilizaciones sin su consentimiento libre e informado (OMS,

Eliminando la esterilización forzada, bajo coacción e involuntaria, 2014: 1-5). De este grupo, son las mujeres, niñas y adolescentes quienes padecen de forma sistemática las consecuencias de la mencionada práctica en el país. Las características principales de esta problemática a nivel nacional son:

- 1) La falta de información oficial respecto al número de mujeres y niñas a quienes a través de este procedimiento se les violan derechos sexuales y reproductivos basándose en estereotipos respecto al libre y autónomo ejercicio de su sexualidad y reproducción.
- 2) La impunidad que goza esta práctica, pues, a pesar de ser considerada como delito a nivel federal y en algunas legislaciones penales locales, quienes las practican no son sancionados ni muchos menos las víctimas reciben alguna forma de reparación. Por el contrario, son encubiertos por instituciones gubernamentales de asistencia social que además fomentan su ejercicio.

Por ello, el presente trabajo está pensado a manera de explicar y comprender por qué ocurren y subsisten las esterilizaciones no consentidas, además de cómo se manifiestan las formas de discriminación interseccional y violencia sistemática en contra de mujeres y niñas con discapacidad. En México, esta forma de discriminación produce el efecto de violar la capacidad jurídica y autonomía reproductiva de las mujeres como sujetas plenas de derechos.

Si bien, en las legislaciones penales en México a esta práctica se le denomina *esterilización forzada*, en el presente trabajo se utilizará el término *esterilización no consentida o involuntaria*. Esto, con el fin de seguir lo establecido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante Corte IDH) en su jurisprudencia. El Tribunal Interamericano reconoció que en la práctica internacional los términos esterilización sin consentimiento, esterilización no consentida, esterilización involuntaria, esterilización obligatoria, esterilización forzada o forzosa y esterilización coerci-

tiva o bajo coacción, se han empleado de formas diversas. Mientras que, la prohibición de las esterilizaciones forzadas se enmarca en el ámbito del derecho penal internacional, por lo que toda esterilización sin consentimiento previo, libre, pleno e informado será considerada como una esterilización no consentida o involuntaria (Corte IDH, *I.V. vs. Bolivia*, 30 noviembre 2016: párr. 204).

II. DISCRIMINACIÓN EN MÉXICO Y MODELOS DE DISCAPACIDAD

En México habitan poco más de 7.7 millones de personas con alguna discapacidad, lo que equivale al 6.2% de la población nacional (INEGI, *En México somos 126 014 024 habitantes*, 25 enero 2021a: 7).¹ De esta cifra, el 53% son mujeres (INEGI, *Población con limitación o discapacidad*, enero 2021b). Que más de la mitad de la población con discapacidad sean mujeres propicia circunstancias de discriminación múltiple. Es decir, a su condición de discapacidad se suma el género, la edad, la condición socioeconómica u otras circunstancias sociales que agravan la desigualdad.

En este sentido, la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) arrojó diversos datos que son una radiografía sobre la situación de discriminación. El 58.3% de las personas con discapacidad declaró haber experimentado alguna situación de discriminación en los últimos cinco años, especialmente respecto al acceso a servicios médicos, de movilidad o sobre aspectos de la familia (CONAPRED, *Encuesta Nacional sobre Discriminación*, agosto 2018: 13, 29).

¹ Cabe resaltar que el nuevo Censo de Población y Vivienda 2020 contempla más de 20 millones de personas con diversidad funcional a partir de tres variables: limitación, discapacidad y condición mental. Esto dificulta la medición real de personas con discapacidad pues los criterios de estas variables no son claras y se presta a confusiones, lo cual al final impacta en la efectividad de las políticas públicas.

La discriminación detrás de las esterilizaciones no consentidas...

Dada la compleja situación a la que se enfrentan las personas con discapacidad, nuestro orden jurídico desde la primera reforma al artículo primero constitucional —en el año 2001— estableció la prohibición de discriminación por motivos de discapacidad. Sin embargo, el texto en ese primer acercamiento empleó la terminología *capacidades diferentes*, el cual a todas luces iba en contra del modelo social de discapacidad. Más adelante, con las reformas del 2006 y 2011 evolucionó su redacción para traducirse en el que hoy conocemos:

“[...] *Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.*” (Énfasis añadido)

En este sentido, no cabe duda de que nuestro principal instrumento jurídico, base de toda la normativa nacional, reconoce los derechos de las personas con discapacidad y prohíbe su discriminación. Esto es así en primer lugar gracias al paradigma constitucional que desde junio de 2011 asentó que todas las personas gozarán de todos los derechos humanos reconocidos por la Constitución Federal y los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte. Y, en segundo lugar, prohíbe expresamente cualquier discriminación derivada de alguna de las categorías enunciadas —incluidas la edad y el género— que tengan como fin atentar en contra de la dignidad de las personas y menoscabar sus derechos y libertades.

Como parte de la garantía constitucional de no discriminación para las personas con discapacidad, desde el año 2011 que se publicó la Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad, los congresos locales también promulgaron leyes análogas. Si bien, contar con leyes especializadas en la protección de grupos históricamente en situación de vulnerabilidad es parte del cumplimiento de obligaciones internacionales, si no hay una armonía

entre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante Convención DPD) y el sistema normativo mexicano, garantizar los derechos humanos se torna incompleto. Además, estas leyes no contemplan estrategias para garantizar la autonomía sexual y reproductiva en igualdad de condiciones que todas las demás personas.

El reconocimiento y respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidad en México sigue operando bajo una lógica paternalista de Estado. Lo anterior se debe a que nuestro país no ha logrado transitar jurídica y materialmente al modelo social de discapacidad que introdujo la Convención DPD. Esto, lejos de generar los cambios esperados por la Convención, motiva situaciones de discriminación estructural que constituyen barreras de acceso a todos los derechos humanos de las personas con discapacidad, impactando especialmente en mujeres, niñas y adolescentes.

La discriminación o desigualdad estructurales es la incorporación al análisis y estudio de la discriminación de datos históricos y sociales que explican desigualdades *de jure* —de derecho— o *de facto* —de hecho— (Alegre y Gargarella 2007: 166-167). Es decir, se refiere a grupos que histórica y sistemáticamente han sido excluidos derivado de contextos de discriminación y prejuicios sociales negativos que disminuyen sus posibilidades de acceder plena y libremente a sus derechos y libertades en igualdad de condiciones. En este sentido, es claro que las mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad son objeto de esta forma de discriminación. Pues, como se analizará en las siguientes páginas, obedece a la creación y mantenimiento de sistemas paternalistas, eugenésicos y patriarcales que desconocen y limitan sus derechos.

1. Modelos de discapacidad

Las mujeres, niñas y adolescentes y las personas con discapacidad son algunos grupos que a través de los tiempos han padecido las consecuencias de la desigualdad estructural. Esto se explica en parte con los diversos modelos de discapacidad que han per-

meado histórica, social, cultural y políticamente. Además, responden a la percepción que tiene la sociedad ante la discapacidad. Para explicarlos, a continuación, se abordarán brevemente:

El *modelo de prescindencia* se identifica como el primero en surgir, aproximadamente antes de la época del Imperio Romano. Concibió a la discapacidad bajo un modelo de justificación religiosa relacionada con el castigo divino. La marginación, el desprecio y el aislamiento constituyeron formas de tratar a las personas con discapacidad (Palacios 2008: 27-48). Desde este modelo, no fueron nunca consideradas como sujetas de derechos.

El *modelo médico o rehabilitador* surgió aproximadamente en los siglos XVI y XVII extendiéndose incluso hasta la actualidad (Agüero Díaz 1995: 71). Entiende a la discapacidad en términos de salud y/o enfermedad. Así, a través de este modelo las personas con discapacidad necesitan ser curadas o rehabilitadas para lograr asimilarse e integrarse a contextos sociales impuestos de *normalidad*. Fomenta la institucionalización, por lo que orilla a que la única forma de subsistencia sea la asistencia social (Palacios 2008).

Es relevante resaltar que este modelo sigue vigente e incluso opera en México, a pesar de los compromisos adquiridos en la Convención DPD. Esto es así porque las personas con discapacidad constantemente son internadas en instituciones de salud, medicadas y subordinadas a un modelo que intenta *curarlas* en vez de velar por sus derechos humanos. Este modelo nulifica e invalida cualquier posibilidad de autonomía y libertad.

Respecto al tratamiento del cuerpo y corporalidades de las mujeres con discapacidad, las autoras Agustina Palacios y Natalia Acevedo explican que las disparidades respecto a la sexualidad y la reproducción se deben al movimiento eugenésico. El cual explica la vigencia de esterilizaciones no consentidas, abortos forzados, prohibiciones para contraer matrimonio y la eutanasia con el fin de evitar la reproducción de las personas con discapacidad (Palacios y Bariffi 2007: 201).

A pesar de toda la revolución feminista a favor del derecho a decidir sobre nuestro cuerpo, la sociedad aún considera a las mujeres con discapacidad como incompetentes para fundar una familia (Kline 2005: 61-65). Lo cual incluso se traslada a invalidar sus deseos y planes de vida. Además, al ser un tema tabú en las familias, lejos de derribar barreras sociales, las condenan a no poder decidir sobre los aspectos más íntimos de sus vidas como son la sexualidad y la reproducción.

De esta forma, el *modelo social* abre una importante puerta de oportunidad para el respeto y garantía de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Surge junto con la Convención DPD, primer instrumento internacional que para su elaboración contó con la plena participación de las personas con discapacidad. Por ello el lema que acuñó fue *nada de nosotros sin nosotros*. Se adoptó junto con su Protocolo Facultativo el 13 de diciembre de 2006 en el seno de la ONU en Nueva York. El Estado mexicano la firmó en marzo de 2007 y entró en vigor en mayo del 2008. A partir de ese momento, la Convención es Norma Suprema al integrar el bloque de constitucionalidad y está obligado a cumplirla.

La Convención DPD opta por una definición amplia de discapacidad, la cual se explica no en términos médicos, científicos ni religiosos, sino sociales (Palacios y Bariffi 2007: 19-24). Se basa en los derechos humanos y reconoce a la discapacidad como una construcción social que resulta de la interacción entre las personas con alguna deficiencia y las barreras sociales impuestas que evitan su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones (Corte IDH, *Furlán y Familiares vs. Argentina*, 31 agosto 2012: párr. 133).

A la par, el modelo social explica a la discapacidad como uno de los diversos componentes de la identidad. Así, busca asegurar la autonomía de las personas con discapacidad respecto a la toma de decisiones sobre su vida como sujetas plenas de derechos. Por ello, resulta imperativo eliminar todas aquellas barreras que impidan el goce y disfrute de sus derechos humanos sin discriminación,

siempre considerando su propia diversidad (Comité DPCD, *Observación general núm. 6*, 28 abril 2018: párr. 9).

2. Mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad

Como se advirtió, en México más de la mitad de la población con discapacidad son mujeres. Adicionalmente, del total de la población infantil en nuestro país aproximadamente el 2% tiene alguna discapacidad, las niñas y adolescentes forman casi la mitad de esa cifra (INEGI, *Estadísticas a propósito del día del niño*, 28 abril 2020: 2; INEGI, *Estadísticas a propósito del día del niño*, 30 abril 2018: 5). Ante la cotidiana discriminación en perjuicio de ellas, los Estados tienen el deber de adoptar medidas gubernamentales —legislativas, sociales, educativas, laborales, entre otras— destinadas a erradicar la discriminación y fomentar su plena inclusión social en todas las esferas (Corte IDH, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, 4 julio 2006: párr.105).

Además de la discriminación por razón de su discapacidad, al mismo tiempo son objeto de discriminación múltiple o interseccional. El género y la edad confluyen, según sea el caso, con otros factores de vulnerabilidad como la condición socioeconómica, etnia, etc. Lo anterior configura una forma específica de discriminación donde las diferentes formas de opresión intersecan de manera particular abonando y agravando la vulnerabilidad a la que se enfrentan mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad (Comité DPCD, *Observación General Núm. 3*, 25 noviembre 2016: párr. 2).

Cabe resaltar que el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante Comité DPCD) ha manifestado que la discriminación hacia mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad tiene un especial impacto en el acceso a servicios y derechos como el derecho a la salud —particularmente la sexual y reproductiva— al trabajo, a la educación, al acceso a la justicia, entre otros (Comité DPCD, *Observación General Núm. 3*: párr. 2). De esta forma, el resultado de la confluencia de factores de discriminación potencializa las desigualdades lo cual tiene

un impacto directo en el acceso a los derechos humanos respecto al resto de la sociedad.

a. Tratados internacionales

Actualmente existen diversos instrumentos internacionales que protegen los derechos de mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad. Estos instrumentos son vinculantes y obligatorios para el Estado mexicano, pues fue su voluntad formar parte de ellos, cumplirlos y adoptar las medidas pertinentes para respetar y garantizarlos.

Sistema Universal de Derechos Humanos:

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación en contra de la Mujer (“CEDAW” por sus siglas en inglés)

La CEDAW, por su importancia y trascendencia se le llama *la Carta Magna* de los derechos de las mujeres. Es fundamental mencionarla ya que es el instrumento del Sistema Universal que protege los derechos de todas las mujeres, incluyendo aquellas con discapacidad. Genera obligaciones claras para los Estados encaminadas a erradicar patrones sistemáticos de discriminación en perjuicio de las mujeres y niñas y el respeto a sus derechos humanos.

Convención sobre los Derechos del Niño

Este instrumento de las Naciones Unidas, además de ser el más firmado por los Estados miembros, protege de forma integral a la niñez. Es la piedra angular para la garantía del interés superior de la niñez tanto en sede nacional como internacional. De forma particular, los artículos 2 y 23 protegen los derechos de las niñas y adolescentes con discapacidad al prohibir cualquier discriminación basada en el sexo y la discapacidad. A su vez, contempla una serie de obligaciones particulares para el acceso a los derechos de aquellas con alguna discapacidad.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La Convención DPD revolucionó la forma de concebir jurídica y socialmente a las personas con discapacidad con la introducción del modelo social de discapacidad. Contempla explícitamente en el artículo 6, que mujeres y niñas están sujetas a múltiples formas de discriminación por lo que los Estados deben garantizar el goce y ejercicio pleno de sus derechos humanos. Al mismo tiempo, incorpora los derechos de la niñez —artículo 7— e insta a erradicar la discriminación en las esferas de la sexualidad y la reproducción —artículo 23—. Lo cual marca un nuevo paradigma para los derechos humanos de la población con discapacidad y el reconocimiento expreso de su autonomía reproductiva.

Sistema Interamericano de Derechos Humanos:

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Convención ADH)

A través de las interpretaciones de la Corte IDH la expresión *otra condición social* del artículo 1.1 de cabida a incluir otros criterios o categorías sospechosas de discriminación no expresamente indicadas en el texto como, la discapacidad. Asimismo, el mismo artículo prohíbe la discriminación por razón de sexo. Del mismo modo, la Convención ADH protege los derechos de niñas, niños y adolescentes a través del artículo 19 y el derecho a la familia en el 17. Así, los derechos de mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad están protegidos por el Pacto de San José.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”

Es el instrumento regional de derechos humanos dedicado a la protección de las mujeres de una vida libre de violencia de género. La Convención de Belém do Pará tiene como objeto erradicar las relaciones de poder que sistemáticamente han perjudicado el goce y disfrute de los derechos humanos de las mujeres frente a los hombres y al sistema patriarcal. Las directas influencias del fe-

minismo a través de la perspectiva de género y el lenguaje que emplea en su redacción permean en todo el articulado. En el artículo 9 insta a los Estados a tomar en cuenta la situación de especial vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres, por ejemplo, por su condición de discapacidad y edad.

Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Convención IETFDPCD)

Antes de la creación de la Convención DPD, la Organización de los Estados Americanos adoptó un instrumento específico para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad. A pesar del importante esfuerzo regional, la Convención no incorpora plenamente el modelo social de discapacidad. Contempla a la discapacidad como deficiencias en vez de barreras sociales, lo cual impide de cierta forma una interpretación protectora.

III. ESTERILIZACIONES NO CONSENTIDAS O INVOLUNTARIAS

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos que tienen como objetivo proteger y garantizar la libertad de todas las personas para decidir sobre su sexualidad y reproducción. Constituyen expresiones relacionadas con la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad, la salud, la vida privada, la dignidad y otros derechos humanos que deben ser leídos en su conjunto.

Los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad frecuentemente son interpretados a la luz de patrones socioculturales, heteronormados, religiosos y morales que pretenden suplantar su capacidad de decisión y autonomía. Estos patrones, en vez de privilegiar su libertad de decisión y la autodeterminación sobre sus propios cuerpos, las estereotipan y propician violaciones a sus derechos humanos.

Una esterilización involuntaria, es una violación a los derechos sexuales y reproductivos, que se deriva de cualquier proceso o acto quirúrgico sin el consentimiento previo, libre, pleno e informado, conocimiento o autorización de la persona a quien se le práctica. Produce incapacidad permanente de reproducción no justificada por algún riesgo para la salud o la vida de la mujer (CERMI Mujeres y EDF 2017: 13; *I.V. vs. Bolivia*: párr. 204; SCJN, *Amparo en Revisión 1064/2019*, 26 mayo 2021: 68-70). Representa una forma más de invalidar y negar la capacidad jurídica de las mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad como sujetas plenas de derecho. Además, legitima prácticas eugenésicas al no considerarlas capaces de ejercer y disfrutar su sexualidad y tomar decisiones libres sobre su reproducción.

La esterilización no consentida perpetúa la violencia de género que de forma específica y sistemática sufren en nuestro país más de 3.5 millones de mujeres con discapacidad. Además, vulnera derechos como a la vida, a la integridad personal, el derecho a la salud, el derecho a la vida privada, a la igualdad y no discriminación, entre muchos otros. Inclusive se le reconoce como una forma de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes, cuya prohibición se sustenta en el derecho internacional como norma *ius cogens* (Consejo DH, *Informe del Relator Especial sobre la tortura*, 5 enero 2016: párr.45).

En México, la esterilización involuntaria se encuentra tipificada como el delito de *esterilización forzada* bajo el artículo 199 Quintus del Código Penal Federal y en 18 de los 32 Códigos Penales locales.² Asimismo, 19 leyes locales de salud contemplan una sanción para quienes la practiquen, pero en entidades como la Ciudad de México —a pesar de su carácter progresista— se omite incluir la prohibición y sanción de esta práctica. Mientras que, en el Estado de México, desde el año 2001 no existe una ley de salud que siquiera regule estos aspectos.

² Algunas de las entidades federativas que lo contemplan son la Ciudad de México, Chiapas, Michoacán y Puebla.

Intentar encontrar cifras oficiales respecto a la situación de los derechos sexuales y reproductivos, y el número de mujeres y niñas con discapacidad víctimas de esterilizaciones involuntarias es prácticamente imposible en nuestro país. A la luz de la omisión y ausencia de estos datos, pareciera que ellas son invisibles. Al respecto, el Comité DPCD ya recomendó al Estado mexicano que urgentemente recopilara y sistematizara datos y estadísticas sobre la situación de mujeres y niñas con discapacidad junto con indicadores para evaluar la discriminación interseccional de la que son objeto (Comité DPCD, *Comentario General No. 1*, 19 mayo 2014: párr. 14).

Es importante señalar que la actual crisis sanitaria provocada por el virus SARS-COV-2 ha agravado considerablemente la situación de los derechos humanos de las mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad. Especialmente de aquellas que viven en instituciones como hospitales psiquiátricos o de asistencia social. Si bien, previo a la pandemia no existían acciones claras para que pudieran gozar de sus derechos sexuales y reproductivos, ahora no existen registros ni información sobre la situación en general de sus derechos, especialmente su salud y las carencias que están enfrentando para poder acceder a servicios básicos.

Nuevamente, la falta de interés en conocer y mejorar la situación de miles de mujeres y niñas con discapacidad es la principal falla en la estrategia gubernamental. Incluso la propia Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) exhortó a los Estados a tener datos desagregados por discapacidad en los registros de personas contagiadas, hospitalizadas o fallecidas por COVID19, y estrategias accesibles de comunicación sobre la pandemia. Otras agencias internacionales insisten en la importancia de crear estrategias que no sigan limitando la autonomía y los derechos de las personas con discapacidad (CIDH, Resolución No. 1/2020, 10 abril 2020; DRI 2020; ONU 2020). Además, esta gran omisión genera contextos de mayor impunidad para que se sigan violentando los derechos sexuales y reproductivos pues la falta de monitoreo de estos centros e instituciones las deja completamente desprotegidas.

El anterior señalamiento impone al Estado mexicano la obligación de contar con información real y confiable respecto a la situación de mujeres y niñas con discapacidad. Cabe resaltar que el no contar con datos oficiales no significa que las esterilizaciones no consentidas ya no ocurran. Por el contrario, pareciera que, a los ojos del Estado, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad no son un tema que requiera atención gubernamental pues nunca se ha demostrado el compromiso para siquiera reconocerlos. La única acción que se puede encontrar es la Norma Oficial Mexicana (NOM) 005-SSA2-1993 que habla de los servicios de planificación familiar. Sin embargo, recomienda la aplicación de un método permanente para mujeres con discapacidad psicosocial o cognitiva sin ninguna fundamentación que se sustente en los derechos humanos, la perspectiva de género ni mucho menos el modelo social de discapacidad (DOF, NOM-005-SSA2-1993, 21 enero 2004).

Ante la desatención estatal, diversas organizaciones de la sociedad civil nacionales e internacionales han documentado y denunciado esterilizaciones involuntarias practicadas a mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad. También, han revelado la falta de efectividad e idoneidad de las normas penales que buscan sancionar y penar la esterilización no consentida. Por ejemplo, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) encontró que en las entidades federativas donde se encuentra tipificada como delito no existe información sobre denuncias, juicios penales o sentencias. Mientras que, respecto a las quejas presentadas ante servicios de salud públicos por la realización de este procedimiento quirúrgico no consentido, sólo existen datos de una queja resuelta mediante conciliación en la Comisión de Arbitraje Médico del estado de Hidalgo; una ante los servicios de salud públicos de Morelos y dos en el estado de Veracruz. Sin embargo, no hay información sobre el contenido de las resoluciones ni sobre los mecanismos de reparación integral que debieron haber sido garantizados a las víctimas (GIRE 2015a: 31).

No hay que olvidar el pasado aún insuperable de México con el modelo eugenésico que en cierta forma explica la invisibilización y encubrimiento de las esterilizaciones no consentidas. El Estado de Veracruz es buen ejemplo de lo anterior ya que 1932 aprobó una ley de esterilización eugenésica única en América Latina. Este ordenamiento se basó completamente en el modelo médico de discapacidad donde era percibida incluso como una condición contagiosa y hereditaria. Así, el fin de la Ley 121 era regular la reproducción y la aplicación viable de métodos eugenésicos, incluyendo la esterilización de todas las personas con discapacidad.

Los estereotipos que existen sobre las mujeres con discapacidad como asexuales o hipersexuales (Consejo DH, *Informe de la Relatora Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 14 julio 2017: párr. 18; Comité DPCD, *Observación General Núm. 3*: párr. 30), incapaces para decidir sobre su sexualidad, tener y criar hijas o hijos —fundar una familia—, fomentan la legitimación de leyes y prácticas eugenésicas y patologizantes que lo único que hacen es reproducir modelos de violencia de género.

Uno de los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es el fomento al respeto a la independencia y autonomía en cuanto a la toma de decisiones. Por ello, la obligación del Estado mexicano radica en garantizar que la Convención sea una realidad para miles de mujeres y niñas con discapacidad en México. Particularmente para que mediante el acceso a la información puedan ejercer su autonomía sexual y reproductiva libre de prejuicios patriarcales y eugenésicos.

La interiorización de las preconcepciones discriminatorias traspasa la capa social y se institucionalizan en todos los niveles de gobierno, especialmente en el acceso a servicios públicos. Esto repercute directamente en la forma en que piensan y se conciben muchas mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad. Toda su vida, desde muy pequeñas, tanto en sus entornos familiares y comunitarios, así como en las instituciones de salud y educativas, han crecido con la idea de que jamás podrán formar una fami-

lia, tener una pareja y ser independientes. Esto añade una barrera más para el reconocimiento, respeto y garantía de sus derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

1. La institucionalización de la esterilización no consentida

La organización internacional *Disability Rights International* (en adelante DRI) así como el Colectivo Chuhcan —integrado y fundado por mujeres con discapacidad psicosocial— se dedican a monitorear y documentar la situación de las personas con discapacidad en México. Destaca el importante trabajo que realizan con mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad, particularmente en materia de derechos sexuales y reproductivos. Ambas organizaciones han visibilizado y denunciado las múltiples violaciones a los derechos humanos que son perpetradas con aquiescencia del Estado dentro casas hogares que funcionan como centros de institucionalización para personas con discapacidad.

En México existen centenares de casas hogares e instituciones destinadas al cuidado y habilitación de personas con discapacidad. Organizaciones de la sociedad civil cotidianamente documentan situaciones de violencias como abuso sexual, maltrato, condiciones insalubres, tortura, tratos crueles inhumanos y degradantes, entre otros. Estos escenarios, lejos de incluir a las personas con discapacidad en sus comunidades, tal como lo estipula el artículo 19 de la Convención DPD, propician situaciones de exclusión y de privación de la libertad.

En el Sistema Interamericano, tanto la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), como la Corte IDH, califican cualquier forma de institucionalización sin consentimiento como una violación a la libertad personal. Esto incluye a quienes se encuentran bajo la custodia y responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales (Corte IDH, *Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador*, 26 marzo 2021: párr. 139).

En el mismo sentido, el Comité DPCD interpretó que negar la capacidad jurídica a las personas con discapacidad y su privación de libertad en instituciones contra su voluntad, sin su consentimiento o con el consentimiento sustituto es un problema cotidiano. El cual, a todas luces constituye una violación a los derechos a la personalidad jurídica, libertad personal, derecho a la salud, integridad, entre otros (Comité DPCD, *Observación General No. 1*, 19 mayo 2014: párr. 40).

DRI visitó diversas instituciones que privan de la libertad a personas con discapacidad y funcionaban como casas hogares. Una de ellas fue *Casa Esperanza*, institución privada ubicada en la Ciudad de México donde niñas, niños y adultos con discapacidad eran internados por sus familiares o por los distintos Sistemas Nacionales para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF) quienes pagaban su estancia. DRI encontró, por declaraciones del director de la casa hogar, que mujeres y niñas con discapacidad eran esterilizadas como una política interna. Los procedimientos los practicaban personal médico de la institución o del sector público de salud antes de ser internadas. Todo esto como parte de un convenio entre las instituciones y el DIF (DRI 2010: 2-4; Comité DPCD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de México*, 27 octubre 2014: párr. 37).

Catalina Devandas, antigua Relatora Especial de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad, subrayó que la mayoría de las dañinas y violentas prácticas que buscan limitar los derechos sexuales y reproductivos suceden en instituciones donde mujeres y niñas son segregadas, por lo que son ellas quienes tienen mayor probabilidad de ser institucionalizadas (Consejo DH, *Informe de la Relatora Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 14 julio 2017:8). Además, la institucionalización supone una forma evidente de suplantación de la autonomía y la capacidad de decidir dado que la propia dinámica de las casas hogares o albergues imponen relaciones de subordinación extremadamente paternalistas que limitan en todas las formas su libre desarrollo, el goce de sus derechos o cualquier posibilidad de opinar.

El derecho de las mujeres y niñas con discapacidad a la protección en contra de la explotación, la violencia y el abuso se obstaculiza por los estereotipos nocivos que las infantilizan y ponen en duda su capacidad de decisión (Comité DPCD, *Observación General Núm. 3*, 25 noviembre 2016: párr.30). Estos se materializan en prácticas como las esterilizaciones no consentidas pues son justificadas bajo el argumento de buscar *prevenir* embarazos consecuencia de abusos sexuales y violaciones. Asimismo, la práctica institucionalizada de las esterilizaciones puede dar lugar a violencia sexual, particularmente en el caso de aquellas que se encuentran internadas en centros psiquiátricos y otros centros análogos (Comité DPCD, *Observación General Núm. 3*, 25 noviembre 2016: párr. 45).

Esto, lejos de protegerlas de la violencia sexual, lesiona su integridad física y psicológica, así como su derecho a la vida y a la salud. Además, beneficia y escuda a quienes abusan y podrían abusar física y sexualmente de ellas. La esterilización de mujeres y niñas con discapacidad por supuesto no exime la obligación de Estado de protegerlas contra estos abusos (OMS, *Eliminando la esterilización forzada, bajo coacción e involuntaria*, 2014: 6). El Estado mexicano al avalar estas prácticas por medio de políticas y acuerdos institucionales donde participa el sector público refuerza estereotipos de género que agravan y perpetúan las desigualdades. Las cuales contribuyen a la discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad además de enviar un mensaje de impunidad ante estas claras violaciones.

Sin importar el tipo de institución —pública o privada— que practique los procedimientos de esterilización, el Estado debe fiscalizar y supervisar la prestación de estos servicios, puesto que la atención médica y la salud son un bien público en todo momento a cargo de los Estados (Corte IDH, *Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador*, 1 septiembre 2015: párr. 184). A su vez, debe asegurarse que todo procedimiento se realice con consentimiento previo, libre e informado, contemplando los ajustes de accesibilidad particularmente cuando involucra los derechos de una persona con dis-

capacidad y la autonomía reproductiva de las mujeres (*Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador*: párrs. 118-121; *I.V. vs. Bolivia*: párrs. 163, 185- 187 y 243; Comité DESC, *Observación general núm. 22*, 2 mayo 2016: párrs. 45-49).

Es claro que el Estado mexicano tenía conocimiento, desde hace más de 20 años, de las múltiples violaciones que ocurrían en instituciones como *Casa Esperanza* o el mediático albergue *La Gran Familia* en Michoacán —donde se rescataron más de 400 personas con discapacidad que vivían en condiciones precarias— (Siscar 2014) y que ponen en una situación de mayor riesgo a las mujeres y niñas que las habitan. Aún así, parece que ninguna política ha sido implementada para revertir los efectos de la institucionalización y buscar alternativas para garantizarles vivir en comunidad.

No obstante, la actuación del Estado mexicano a lo largo de los años no ha ido más allá de simples apariencias de buenas intenciones y discursos vacíos de inclusión e igualdad. Cuando se tolera y permite que instituciones públicas como el DIF practiquen y consientan esterilizaciones sin consentimiento, en primera instancia estamos frente a un claro incumplimiento del deber de prevención respecto al derecho a la vida, integridad personal, la salud y la vida privada. Específicamente, este incumplimiento se deriva de no haber adoptado medidas de debida diligencia para impedir violaciones a los derechos humanos que se agravan cuando se está frente a actos de violencia de género (*Corte IDH, González y otras ("Campo Algodonero") vs. México*, 16 noviembre 2009: párrs. 252, 258).

A 13 años de la ratificación de la Convención DPD y 10 años de la paradigmática reforma constitucional en materia de derechos humanos, es inconcebible que la NOM 005 tal y como hoy se encuentra vigente siga siendo la llave para violar los derechos sexuales y reproductivos de miles de mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad. La prescripción de un método anticonceptivo permanente y completamente invasivo, como la esterilización, carece de enfoque de derechos humanos, de género e interseccional. Además, viola la obligación básica de adoptar disposiciones

de derecho interno —artículo 2 Convención ADH— para que estén armonizadas con las obligaciones convencionales y por si no fuera poco, incumple el mandato constitucional en materia de derechos humanos.

De esta forma, este tipo de políticas que prescriben intervenciones médicas involuntarias, coactivas o forzadas violan la obligación de respetar el derecho a la salud sexual y reproductiva. Pues significan una injerencia arbitraria del Estado a la libertad de controlar el propio cuerpo y la capacidad para adoptar decisiones libres, informadas y responsables (Comité DESC, *Observación general núm. 22*, 2 mayo 2016: párrs. 56-60).

Las descritas prácticas de institucionalización y esterilización involuntaria por centros de asistencia como las casas hogares y albergues también generan responsabilidad al Estado mexicano. La omisión en adoptar medidas efectivas para impedir que terceros fomenten y realicen estas prácticas que menoscaban el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad constituye también una violación a la obligación de proteger (Comité DESC, *Observación general núm. 22*, 2 mayo 2016: párrs. 56-60). Consentir y no prohibir desde cualquier nivel de gobierno también configura una violación al deber de protección, específicamente respecto la salud sexual y reproductiva, puesto que tampoco en nuestro país se ha implementado ninguna medida —ni normativa ni gubernamental— para prevenir las esterilizaciones no consentidas en estas instituciones.

Como se advirtió, mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad de forma cotidiana son desproporcionalmente afectadas por discriminación múltiple o interseccional, lo cual agrava su vulnerabilidad en la búsqueda de hacer efectivos sus derechos. La esterilización involuntaria como práctica constituye un acto de violencia y una forma de control social y discriminación contra las mujeres.

Los anteriores factores son fundamentales para analizar la práctica como una forma de tortura. La Corte IDH a través de su juris-

prudencia precisó que aquellas personas en entornos institucionales son más vulnerables a actos de tortura u otras formas de tratos crueles o degradantes puesto que se encuentran bajo el control del personal médico que las tiene bajo su custodia (*Ximenes Lopes vs. Brasil*: párrs. 106-107). En ese sentido las mujeres son especialmente vulnerables por los estereotipos en torno a su sexualidad y reproducción y la descalificación sobre la toma de decisiones respecto a estas esferas de su intimidad.

Así, la esterilización involuntaria puede causar un sufrimiento grave, tanto mental como físico que pueden configurar tortura. Las secuelas de poner fin de forma permanente a la capacidad reproductiva, causar infertilidad y la imposición de un cambio físico grave y perdurable sin su consentimiento repercuten en lo más profundo de su dignidad humana (*I.V. vs Bolivia*: párr. 266; Comité DPCD, *Observación General Núm. 3*, 25 noviembre 2016: párrs. 10, 32-45).

IV. LAS CONSEJERÍAS, LA INFORMACIÓN ACCESIBLE Y EL CONSENTIMIENTO

En el ordenamiento jurídico mexicano, los pilares constitucionales para salvaguardar los derechos sexuales y reproductivos son los artículos 1º y 4º. Su objetivo es proteger contra la discriminación por razón de género y discapacidad en el ejercicio de los derechos humanos constitucionales y convencionales. Además, el artículo 4º protege de forma expresa el derecho de todas las personas a decidir de forma libre, responsable e informada el número y espaciamiento de sus hijas e hijos.

Es fundamental que las mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad cuenten con apoyos especializados para que puedan tomar decisiones. También, es necesario que se adopten mecanismos para difundir información sobre los derechos sexuales y reproductivos a fin de garantizar que se alleguen de ella de forma accesible y así

buscar el pleno ejercicio de sus derechos humanos. Para esto, la información sobre servicios de planificación familiar —anticonceptivos— y educación sexual y reproductiva son herramientas para evitar que las esterilizaciones no consentidas sigan practicándose.

La propia NOM 005 de la Secretaría de Salud explica que los servicios de planificación familiar incluyen la impartición —tanto de personas prestadoras públicas como privadas de salud— de actividades sobre: promoción y difusión; información y educación; consejería; selección, prescripción y aplicación de los métodos, entre otros.

1. Las consejerías

Tienen el objetivo de fomentar un proceso de análisis y comunicación entre las personas prestadoras de servicios de salud y las usuarias. En ella se deben brindar las herramientas necesarias —información, orientación, apoyo educativo— para que las usuarias tomen decisiones voluntarias, conscientes e informadas sobre su sexualidad y reproducción, así como elegir el método anticonceptivo más adecuado a sus necesidades (DOF, *NOM-005-SSA2-1993*, 21 enero 2004).

Los servicios de consejerías se encargan de ofrecer el primer acercamiento a la información sobre sexualidad y reproducción en el sector salud. Respecto a la esterilización como método definitivo, deberían informar sobre los siguientes principales aspectos:

- 1) Es un procedimiento permanente, por lo que si en un futuro desean tener hijas o hijos deberían optar por otro método anticonceptivo.
- 2) La existencia de métodos alternativos como los temporales y sus especificidades.
- 3) Los riesgos que conlleva la esterilización puesto que es un procedimiento quirúrgico.

- 4) Los detalles sobre potenciales efectos secundarios y los cuidados posteriores.
- 5) La posibilidad de cambiar de opinión y retirar el consentimiento en cualquier momento.
- 6) Especificar que la esterilización no protege de contraer VIH y otras enfermedades de transmisión sexual o abusos ulteriores.
- 7) La decisión sólo la puede tomar la persona que vaya a someterse a la esterilización. Por lo que la información que se brinde debe ser acorde a las necesidades individuales y en lenguaje comprensible —oral y escrito— (OMS, *Eliminando la esterilización forzada, bajo coacción e involuntaria*, 2014: 11).

De hecho, la NOM 005 precisa que las consejerías deben prestar particular atención respecto adolescentes, personas con discapacidad física o psicosocial y quienes soliciten métodos permanentes como la esterilización. Este proceso debe realizarse antes de cualquier decisión que pueda tomar la persona usuaria. Las consejerías no sólo funcionan para la atención de primer contacto, sino que buscan acompañar en todo el proceso, desde la información, la toma de decisión, la aplicación hasta el seguimiento. En otras palabras, la consejería es el puente entre las mujeres, niñas y adolescentes con el personal de salud en relación con la salud sexual y reproductiva.

Adicionalmente, la NOM 047 para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años establece que las personas adolescentes pueden solicitar los servicios de la consejería y de forma opcional podrán estar acompañadas por sus madres, padres, tutores o representante legal. Las NOM antes mencionadas, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes —y sus homólogas locales— y la Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad —y sus homólogas locales— deben leerse en conjunto con los tratados internacionales para garantizar la asesoría y orientación sobre salud sexual y reproductiva.

En ese sentido, las consejerías son un buen instrumento para que se garantice el acceso a la información para el goce y respeto de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito de la salud. Sin embargo, cuando se trata de la accesibilidad de las consejerías para mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad hay una gran disparidad. Prácticamente ninguna institución de salud pública reportó contar con personal capacitado y material adecuado para brindar este servicio a las usuarias con discapacidad de acuerdo con sus necesidades y características. La organización GIRE documentó que, de las 32 entidades federativas, sólo Nayarit, Tlaxcala —el único con algún material para personas con discapacidad visual— y Puebla reportaron haber dado alguna capacitación a su personal para brindar consejería a mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad (GIRE 2018: 33-34).

Esta omisión por parte del sistema de salud tiene grandes repercusiones. Pues al no brindar esta información con los ajustes razonables y los apoyos necesarios para las mujeres con discapacidad, ellas no pueden tomar decisiones previas, libres ni informadas sobre su sexualidad y reproducción, particularmente sobre métodos anticonceptivos. Esto a su vez repercute en la práctica de las esterilizaciones, pues al no contar con la información adecuada, el consentimiento informado no puede ser otorgado con apego al marco normativo de derechos humanos.

El no incluir dentro de las consejerías información adecuada a las necesidades de las mujeres y niñas con discapacidad, el sector salud ejerce discriminación indirecta (Comité DPCD, *Observación General Núm. 3*, 25 noviembre 2016: párrs. 18-19). A primera vista, las NOM 005 y 047 regulan para toda la población los servicios de planificación familiar, sin embargo, al ponerlas en operación se omite incluir herramientas para que el derecho a la salud sexual y reproductiva de usuarias con discapacidad se garantice.

2. La información accesible

Para tomar decisiones informadas acerca de métodos anticonceptivos seguros y confiables, es vital poder tener acceso a información comprensible, consejerías y otros apoyos (OMS, *Eliminando la esterilización forzada, bajo coacción e involuntaria*, 2014: 10). La accesibilidad de la información incluye el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a la sexualidad y la reproducción. La información debe ser proporcionada de maneras que sean compatibles con las necesidades de las personas (Comité DESC, *Observación general núm. 22*, 2 mayo 2016: párrs. 18-19). Por ejemplo, en el caso de mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad, debe atender al género, la edad y los apoyos que requieran en función de su discapacidad.

Los estándares internacionales indican que la información que debe brindarse para que se lleven a cabo decisiones informadas sobre las esterilizaciones como procedimiento anticonceptivo deben enfatizar en las ventajas y desventajas, los riesgos, los efectos secundarios, los beneficios y su comparativa con otros métodos anticonceptivos (OMS, *Eliminando la esterilización forzada, bajo coacción e involuntaria*, 2014: 11).

Uno de los diversos obstáculos a los que se enfrentan las mujeres y niñas con discapacidad en el acceso a sus derechos —consecuencia de la desigualdad estructural— es la falta de educación e información sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos (Comité DPCD, *Observación General Núm. 3*, 25 noviembre 2016: párr. 57). En ese sentido, no solo deben gozar de los servicios de salud sexual y reproductiva en igualdad de condiciones que la demás población, sino que también, deben realizarse los ajustes razonables (Comité DESC, *Observación general núm. 22*, 2 mayo 2016: párr. 24).

De conformidad con el artículo 2 de la Convención DPD, los ajustes razonables son modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas —que no impongan una carga desproporcionada— para

garantizarles el ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás personas, de todos los derechos humanos. Adoptarlos es parte de las obligaciones que tienen los Estados en virtud de la Convención DPD. Se definen como una obligación *ex nunc* —exigible desde el momento en que una persona lo solicita—. Pasar por alto esta obligación se considera una forma de discriminación (Comité DPCD, *Observación General Núm. 3*, 25 noviembre 2016: párr. 15).

Frecuentemente se les niega el acceso a información sobre educación sexual y reproductiva, y en general sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Lo anterior, basándose en estereotipos eugenésicos y que las suponen como personas asexuales y que por ello no necesitan la información. Otras veces, como en el caso de las consejerías, la información no está en formatos accesibles ni existe personal capacitado para brindarla. Como se mencionó en líneas anteriores, la ausencia de esta información las hace especialmente vulnerables —en particular aquellas con discapacidad intelectual, auditiva y audiovisual— a aumentar el riesgo a que sean objeto de violencia sexual (Comité DPCD, *Observación general núm. 6*, 28 abril 2018: párr. 41).

La información que se brinde a mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad debe proporcionarse de forma oportuna, completa, comprensible y fidedigna en formatos accesibles y con las tecnologías adecuadas a sus diferentes necesidades (Rodríguez 2015: 17; Comité DESC, *Observación general núm. 22*, 2 mayo 2016: párr.24). Además, derivado de la obligación estatal de transparencia activa todo el personal de salud —incluyendo consejerías— deben brindarla sin que las usuarias expresamente lo soliciten puesto que es fundamental para tomar decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de sus demás derechos humanos (*I. V. vs. Bolivia*: párrs. 155-156).

A pesar de la enunciación de las diversas obligaciones y deberes constitucionales y convencionales, México continúa fallando en derribar las barreras a las que se enfrentan las mujeres con discapacidad cuando buscan allegarse y recibir información sobre se-

xualidad y reproducción. DRI y el Colectivo Chuhcan denunciaron que los programas médicos las excluye al no contar, por ejemplo, con información en braille o en algún formato accesible (Rodríguez 2015: 18).

3. El consentimiento

Respetar la dignidad y la integridad física y psíquica de una persona significa brindarles la oportunidad de tomar decisiones autónomas sobre su reproducción y sexualidad (OMS, *Eliminando la esterilización forzada, bajo coacción e involuntaria*, 2014: 9; Comité DPCD, *Observación General Núm. 3*, 25 noviembre 2016: párr. 11). El derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva —junto con los demás derechos sexuales y reproductivos— es fundamental para la autonomía y el derecho a adoptar decisiones importantes sobre la vida y la salud (Comité DESC, *Observación general núm. 22*, 2 mayo 2016: párr. 25).

Los derechos sexuales y reproductivos en su vertiente de salud sexual y reproductiva se relacionan con la autonomía y la libertad reproductiva como derechos que implican tomar decisiones sobre su plan de vida y cuerpo libre de toda violencia y discriminación (*I.V. vs. Bolivia*: párr. 157; Comité DESC, *Observación general núm. 22*, 2 mayo 2016: párr. 5). Por ello, el consentimiento previo, libre e informado representa una forma de asegurar el efecto útil del reconocimiento de la autonomía reproductiva de las mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad, la cual es inherente a su dignidad (*I.V. vs. Bolivia*: párr. 159).

Adicionalmente, permite balancear la relación entre prestadores de servicios de salud y las usuarias (*I.V. vs. Bolivia*: párrs. 160-161), que históricamente se ha caracterizado por ser asimétrica y basada en relaciones de poder eugenésicas. También, representa un límite a las actuaciones del personal médico para que ni el Estado, ni terceros cometan injerencias arbitrarias en las esferas más íntimas y privadas de mujeres y niñas con discapacidad.

Los tres elementos del consentimiento requieren que los Estados cumplan con una serie de deberes y obligaciones que permitan el acceso a la información sobre los procedimientos, sus derechos, así como los métodos de planificación familiar. El consentimiento es una obligación internacional, la cual no sólo es ética sino jurídica de todo el personal de salud. Deben considerarla como elemento de una buena práctica médica con el fin de garantizar servicios de salud accesibles y aceptables (*I.V. vs. Bolivia*: párr. 164).

Las mujeres con discapacidad deben tener la posibilidad de rechazar cualquier procedimiento de esterilización si no se les brindó información accesible y los ajustes razonables para que pudieran tomar una decisión y brindar su consentimiento previo libre e informado (OMS, *Eliminando la esterilización forzada, bajo coacción e involuntaria*, 2014: 9-10). Incorporar los principios y herramientas de la Convención DPD son fundamentales para que el consentimiento de mujeres y adolescentes con discapacidad se brinde como una forma de respetar y garantizar su autonomía reproductiva.

En relación con los métodos anticonceptivos como las esterilizaciones, de ninguna manera el consentimiento debe obtenerse por sustitución, es decir, terceras personas remplazando la voluntad de las mujeres con discapacidad. Esto es una práctica habitual, pues como se abordó en líneas anteriores, al no reconocer su capacidad jurídica sus familiares, tutores, instituciones de salud y de asistencia o quien se sustenten como a cargo de ellas, deciden sobre un aspecto tan íntimo. La razón por la que el consentimiento por sustitución no aplica se debe a que la esterilización no se considera como un procedimiento de emergencia médica. Inclusive, si el riesgo de un embarazo futuro puede representar una amenaza a la salud y la vida, existen métodos alternativos menos agresivos (*I.V. vs. Bolivia*: párr. 178).

De esta forma, el consentimiento informado respecto a una práctica médica como lo es la esterilización —contemplando las consecuencias permanentes al aparato reproductor y el plan de vida— pertenece a la esfera autónoma y de la vida privada de la

mujer (*I.V. vs. Bolivia*: párr. 162). Ninguna niña o adolescente con discapacidad debería someterse a ese método permanente sin antes haberse garantizado la obtención de su consentimiento previo, libre e informado con todas las salvaguardias de los derechos de la niñez, la discapacidad y la perspectiva de género. Sólo ellas, en acompañamiento de la información y ajustes razonables apropiados podrán decidir sobre mantener o no su capacidad reproductiva y la forma de conducir su plan de vida.

La limitación del consentimiento materializado en la pérdida permanente de la capacidad reproductiva, por medio de las esterilizaciones involuntarias afecta el derecho a la autonomía reproductiva. Éste comprende el derecho a decidir libre e independiente el número de hijas e hijos, así como el intervalo de sus nacimientos. Lo anterior se encuentra protegido constitucionalmente por el artículo cuarto. Así, la autonomía reproductiva forma parte de la esfera más íntima de la vida privada y familiar cobijada por los artículos 11.2 —vida privada— y 17. 2 —derecho a formar una familia— de la Convención ADH (*I.V. vs. Bolivia*: párr. 128).

V. VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LA CAPACIDAD JURÍDICA

A lo largo del presente texto se ubicó a la esterilización involuntaria o no consentida como una clara violación a los derechos humanos de mujeres, niñas y adolescentes que constituye violencia de género. También, es importante visibilizar que esta nociva práctica configura violencia obstétrica.

1. Como violencia obstétrica

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género que resulta de las acciones u omisiones del personal de salud —público

o privado— que degrada, intimida y oprime a las mujeres y adolescentes. Particularmente se ejerce sobre sus cuerpos y procesos reproductivos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Y, de manera mucho más aguda durante las etapas de embarazo, parto y puerperio. Su principal consecuencia es la pérdida de la autonomía, dignidad y capacidad de decisión sobre aspectos de la sexualidad y reproducción (Asamblea General, *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer*, 11 julio 2019: párr. 12; Arguedas Ramírez 2014: 146-147).

La Relatora Especial de la ONU sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias en un reciente informe relativo a la violencia obstétrica denunció a las esterilizaciones involuntarias en contra de mujeres y niñas con discapacidad como parte de una sistemática violación a los derechos humanos basada en el género. Las esterilizaciones son practicadas por profesionales de la salud aduciendo su justificación en un supuesto beneficio del *interés superior de la mujer* (Comité DPCD, *Observación General Núm. 3*, 25 noviembre 2016: párr. 54) y del interés superior de la niñez. Además de que se basan en creencias de que ciertos grupos de mujeres —como aquellas con discapacidad— no están en condiciones para ser *buenas madres*. Estas preconcepciones eugenésicas, discriminatorias y estereotipadas llevan a que se les engañe para obtener un consentimiento —muchas veces obtenido a través de terceras personas— para realizar la esterilización.

Tanto la Convención de Belém do Pará, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad prohíben la discriminación de las mujeres en la prestación de los servicios de salud. El modelo médico hegemónico de atención respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva conlleva una relación asimétrica de poder en la cual resalta el sistema patriarcal que coloca a las mujeres —especialmente si tienen una discapacidad— en una subordinación frente a las y los médicos.

La esterilización no consentida como una manifestación de la violencia obstétrica es el resultado de una serie de factores donde confluyen la violencia de género y la violencia institucional. Es una forma específica de violencia contra las mujeres perpetrada por y desde el Estado y, en consecuencia, constituye una violación a los derechos humanos (GIRE 2015b: 13). En el último informe respecto a México, el Comité CEDAW manifestó preocupación por las crecientes denuncias de esterilización involuntaria y el acceso limitado a los servicios de salud sexual y reproductiva respecto a las mujeres y niñas con discapacidad (Comité CEDAW *Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México*, 25 julio 2018: párr. 41).

En el orden jurídico nacional, la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia si bien no contempla explícitamente a la violencia obstétrica, los artículos 6 —tipos de violencia— y 18 —violencia institucional— definen actos físicos y psicológicos que se relacionan con ella. A su vez, de las 32 entidades federativas sólo cinco no la reconocen como un tipo de violencia de género: Guerrero, Jalisco, Michoacán, Sinaloa y Tabasco.

No obstante, subsisten severas inconsistencias en el contenido de cada legislación pues aún no hay un entendimiento claro de la esterilización no consentida ni mucho menos de la violencia obstétrica como violencia de género institucional. Además, las leyes de salud tampoco están armonizadas adecuadamente conforme los parámetros internacionales. Esto no sólo complica su entendimiento, sino también la formulación de acciones claras y efectivas para la prevención, erradicación, sanción y reparación de las esterilizaciones como violencia obstétrica. Por ello el Comité CEDAW le ha insistido al Estado mexicano que armonice las diferentes leyes federales y estatales para que adecuadamente se califique como violencia de género e institucional, además de que se prevean mecanismos para el acceso a la justicia.

La discriminación múltiple, además, es un factor para que la esterilización involuntaria como violencia obstétrica configure una forma de tortura (Consejo DH *Informe de seguimiento del Re-*

lador Especial sobre la tortura, 17 febrero 2017: párr. 89). De ahí la importante necesidad de que los modelos de atención médica deban tener como base la perspectiva de género, los derechos humanos y la interseccionalidad. La garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad se debe dar a través de una atención accesible, con información libre de estereotipos y comprensible, además de los apoyos y ajustes razonables que se deban realizar para hacer efectiva su autonomía y derechos.

2. El reconocimiento de la capacidad jurídica

Los estereotipos reproducidos por instancias de gobierno e instituciones privadas limitan la capacidad de mujeres y adolescentes con discapacidad de tomar decisiones sobre sus propias vidas libre de discriminaciones (Comité DPCD, *Observación General Núm. 3*, 25 noviembre 2016: párrs. 8, 18). Suplantar o sustituir la voluntad también configura una clara violación al reconocimiento pleno de la personalidad jurídica protegido en el artículo 12 de la Convención DPD.

El mencionado artículo, en general, es fundamental para todos los procesos de toma de decisión de las personas con discapacidad. Cobra especial relevancia respecto a los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y adolescentes con discapacidad que repetidamente son privadas del control de su salud sexual y reproductiva. Erróneamente se da por sentado que no son capaces de otorgar su consentimiento para las relaciones sexuales o planificar su vida reproductiva (Comité DPCD, *Comentario General No. 1*, 19 mayo 2014: párrs. 23, 24) lo cual desconoce por completo tanto su dignidad como su desarrollo progresivo.

Es indispensable que para que a una persona se le reconozca como sujeta de derechos, ella misma pueda tomar decisiones libres que tengan un verdadero efecto jurídico con impacto en todas las esferas individuales y colectivas. Esto constituye el eje central para el ejercicio de todos los demás derechos (DRI 2010). Sin em-

bargo, en México siguen vigentes los procedimientos civiles de sustitución de voluntad de las personas con discapacidad tales como la interdicción y la tutela. El Comité DPCD constantemente recalca lo preocupante que resulta que el Estado mexicano siga sin eliminar estos procedimientos ni adoptar medidas tendientes a armonizar el orden jurídico interno con las obligaciones contraídas en la Convención DPD, particularmente por lo que respecta a la figura de la interdicción (Comité DPCD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de México*, 27 octubre 2014: párrs. 23, 24).

De acuerdo con el artículo 23 del Código Civil Federal la minoría de edad y el estado de interdicción son restricciones a la personalidad jurídica. Por tanto, el ordenamiento jurídico considera a las personas con discapacidad como incapaces, por lo que el ejercicio de sus derechos únicamente lo pueden hacer a través de sus representantes o familiares, es decir terceras personas. Estar o no bajo el estado de interdicción no representa una limitante para que las esterilizaciones no consentidas ocurran. De hecho, por el simple hecho de ser personas con discapacidad, en automático se otorga a sus padres, tutores o representantes la facultad de tomar decisiones por ellas, sin importar su consentimiento ni opinión.

Toda la legislación civil federal está infestada de artículos que reafirman la existencia de la interdicción como el mecanismo de sustitución de la personalidad jurídica. Ésta no cesará hasta que la persona sujeta a ella muera o abra un nuevo y tortuoso proceso judicial para levantar la tutela o el estado de interdicción. Respecto a quienes viven con una discapacidad, es sumamente difícil que el estado de interdicción se revoque. En el proceso, se llevan a cabo valoraciones subjetivas sobre su capacidad jurídica las cuales realizan juezas y jueces y, en algunos casos, personal médico quienes la califican en términos de enfermedad. Esto es una clara muestra que el orden jurídico mexicano está muy lejos de un modelo social de discapacidad y sigue más un modelo eugenésico.

La discriminación detrás de las esterilizaciones no consentidas...

La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) sólo en tres resoluciones históricas ha declarado inconstitucional a la figura de interdicción.³ También afirmó que constituye una restricción desproporcionada al derecho a la capacidad jurídica, lo cual es un claro ejemplo de modelo de sustitución de la voluntad. Por lo que es contraria al derecho a la igualdad y que se debe adoptar el modelo de la discapacidad basado en los derechos humanos, el cual implica pasar del paradigma de la adopción de decisiones sustitutiva a otro que se base en el apoyo para tomarlas (Comité DPCD *Comentario General No. 1*, 19 mayo 2014: párrs. 8, 37). Pareciera que, a pesar de la obligatoriedad —desde 2008— de la Convención DPD y la importancia de los precedentes de la SCJN, en el ámbito legislativo no hay voluntad política para hacer modificaciones a las legislaciones civiles de antaño que rompen por completo con el paradigma constitucional y convencional de igualdad y no discriminación en el modelo social de discapacidad.

En ese sentido, el reconocimiento de la personalidad de las mujeres y niñas con discapacidad implica no negar su capacidad jurídica y proporcionarles accesos a apoyos necesarios para que tomen decisiones sin coerciones con plenos efectos jurídicos. Además, esta garantía adquiere particular importancia cuando las mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad deban tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción. Por lo que, someterlas a procedimientos como la esterilización involuntaria sin su consentimiento informado constituye la negación de su capacidad jurídica en relación con el principio de igualdad y no discriminación.

³ Amparo en revisión 159/2013, 16 de octubre de 2013; Amparo en revisión 1368/2015, 13 de marzo de 2019; Amparo directo 4/2021, 16 de junio de 2021.

VI. CONCLUSIONES

La esterilización no consentida además de constituir violencia de género es una grave violación a los derechos humanos pues compromete una serie de derechos esenciales como la dignidad, la libertad, la autonomía, la salud y una vida libre de violencia. Sus efectos son tan lesivos que puede llegar a constituir una forma de tortura que valida el sistema de desigualdad estructural y patriarcal a través del cual mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad son sujetas de opresión.

El incumplimiento estatal de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos respecto a las esterilizaciones involuntarias genera un patrón sistemático de negligencia e impunidad. En este sentido el Estado mexicano no puede dejar de asegurar y respetar las decisiones y elecciones que las mujeres y adolescentes hagan sobre su cuerpo y sexualidad. Por ello, debe garantizar un adecuado acceso a la información tomando en cuenta las diferentes discapacidades y ajustes razonables para que esta información sea accesible y contribuya al proceso de decisión libre.

Si bien, en los códigos penales —tanto federal como locales— existe el tipo penal que sanciona la conducta de la esterilización forzada —así entendida en ellos—, en la realidad el delito es letra muerta. Lo anterior responde a que el objetivo punitivista de la norma no ha demostrado ningún resultado ni en nivel de prevención, sanción ni mucho menos reparación del daño a las víctimas. Al no existir datos claros, públicos y confiables sobre cómo y en qué circunstancias ha operado este delito, en particular la respuesta que genera respecto a las mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad, no hay forma en que desde la institucionalidad estatal se esté en posibilidades de evaluar su viabilidad y efectividad.

Así, esta falsa respuesta que se genera desde el derecho penal tampoco se articula con ninguna política pública que busque realmente poner en el centro a las miles de mujeres y adolescentes con discapacidad a quienes rotunda y violentamente se les priva

de su autonomía reproductiva. Se insiste que desde los códigos penales no es la respuesta, la solución es mucho más robusta e integral. Es indispensable que se generen normas oficiales mexicanas (NOM), protocolos y lineamientos claros que contemplen e incorporen el modelo social de la discapacidad a través de las obligaciones de la Convención DPD y todo el *corpus iuris* en materia de violencia de género, derechos de las infancias y adolescencias y derechos sexuales y reproductivos. Es decir, todos estos instrumentos de política pública deben responder al paradigma constitucional y convencional que conmina a todas las autoridades en el marco de sus competencias a observar las obligaciones en materia de derechos humanos con el fin de procurar la dignidad, la igualdad y la no discriminación de todas y todos.

Así, estos lineamientos que busquen remediar y eliminar las esterilizaciones no consentidas deben incorporar las directrices de la OMS antes mencionadas, así como los estándares mínimos —atendiendo a la progresividad y no regresividad— para que se busque asegurar el respeto, la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y adolescentes con discapacidad. Los principales a retomar son los siguientes:

- 1) Incorporar de forma integral las perspectivas de género, social de la discapacidad y de la infancia que permitan ser los ejes rectores para el ejercicio sin discriminación de los derechos sexuales y reproductivos.
- 2) Mencionar de forma expresa que los servicios de consejerías deben contar con herramientas de apoyo y ajustes razonables atendiendo a la discapacidad de cada mujer, niña y adolescente. Por ejemplo, material en braille, herramientas visuales para mujeres con discapacidad auditiva o de habla y estrategias particulares para quienes viven con una discapacidad psicosocial.
- 3) Que la información que se brinde tanto en el sector salud como en los centros de asistencia esté libre de estereotipos eugenésicos y que permitan la comprensión integral de los derechos sexuales y reproductivos.

les y reproductivos para que las mujeres y adolescentes puedan decidir sin injerencias o coacciones sobre sus planes de vida.

- 4) No permitir que opere el consentimiento por sustitución en la elección de métodos anticonceptivos, especialmente respecto a las esterilizaciones.
- 5) Contemplar ajustes razonables y modificaciones a los formatos existentes de consentimiento informado para que respondan a las diferentes discapacidades y edades de las mujeres y adolescentes. Además de reconocerlas como jurídicamente capaces para poder otorgarlo.
- 6) Contemplar procedimientos de reparación integral del daño que vayan más allá del punitivismo para que logren ser de vocación transformadora y tengan un verdadero impacto en la sociedad. Particularmente, para derribar los estereotipos de género y prejuicios que existen alrededor de la sexualidad, la maternidad y reproducción de mujeres con discapacidad.

A todo lo anterior es imprescindible que, conforme a los estándares internacionales de disponibilidad y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, se cuente con personal suficiente y debidamente capacitado para que en todas las unidades médicas e instituciones de asistencia se pueda brindar la atención integral. Estas capacitaciones deben incluir a la sociedad civil como organizaciones y colectivos de personas con discapacidad para que en un proceso articulado sean ellas quienes expresen sus necesidades e inquietudes particulares.

Por ello, para poder asegurar la efectiva garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad se necesitan crear políticas claras desde el Estado. Especialmente en la actual crisis sanitaria donde los servicios básicos de salud no han sido accesibles y se ha precarizado la atención de este colectivo. En ese sentido, la información debe brindarse de oficio —acorde a la obligación de transparencia activa— y to-

mando en cuenta los ajustes razonables necesarios para que sea accesible y disponible y contribuya al proceso de tomas de decisiones libres. Por estas razones, el consentimiento informado es vital, pues es el puente para el reconocimiento útil de la autonomía reproductiva y la capacidad de tomar decisiones íntimas.

Particularmente, al no ser la esterilización un procedimiento médico de emergencia, la decisión y el consentimiento es exclusivo de la mujer a quien se le vaya a practicar. De ahí la importancia de reconocer la capacidad jurídica en todos los ámbitos, para que no se limiten derechos como la autonomía sexual y reproductiva y el libre desarrollo de la personalidad. Además, la sustitución de la capacidad para decidir sobre sus planes de vida tiene efectos irreversibles en sus derechos humanos. Los engaños y coerciones para obtener autorizaciones viciadas o justificaciones con tintes discriminatorios propician el ambiente perfecto para que las esterilizaciones involuntarias se sigan realizando en México con aquiescencia del Estado.

Por otro lado, se demostró que la institucionalización de las personas con discapacidad abona a la impunidad detrás de las esterilizaciones no consentidas o involuntarias. Han sido precisamente las casas hogares y albergues los espacios que, en complicidad con autoridades a nivel local y federal, violan de forma sistemática los derechos reproductivos de las mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad. El contexto en que ocurre esta forma de violencia de género requiere de especial y urgente atención. Los prejuicios, estereotipos y la vigencia del modelo eugenésico agravan la situación de desigualdad estructural, por lo que es primordial que se garanticen condiciones dignas de vida atendiendo a la independencia de las mujeres con discapacidad.

Estas condiciones deben apuntar a la desinstitucionalización, a fomentar y crear ambientes dignos para que las mujeres y adolescentes con discapacidad puedan vivir en comunidad tal y como lo plantea la Convención DPD. Vivir en comunidad es una forma de generar que las mujeres con discapacidad ejerzan su autonomía

y se apropien de sus decisiones. Esto implica cambiar de paradigma en el que históricamente su opinión no es escuchada y quienes tienen la palabra sobre todos los aspectos de sus vidas son terceras personas. Los ambientes comunitarios también deben ser seguros en el sentido de que respeten las decisiones del plan de vida en temas de sexualidad y reproducción.

A su vez, para aquellas que decidan vivir en instituciones de asistencia social o lugares análogos, el Estado mexicano mediante sus agencias federales y estatales del DIF, las comisiones de derechos humanos y organismos que luchan contra la discriminación deben activar y crear mecanismos de supervisión y fiscalización. No debe existir cabida para la opacidad. Para ello, se deberán crear e implementar protocolos de actuación donde se monitoreen los servicios de salud sexual y reproductiva y la forma en que la información al respecto se brinda.

Asimismo, para aquellas funcionarias y funcionarios y personal de las instituciones que obliguen a las mujeres y adolescentes a aceptar procedimientos de esterilización deben estipularse sanciones claras ya sea en las leyes de salud, del DIF o en sus respectivos reglamentos para evitar la impunidad. Además de las sanciones, las formas de reparación integral son fundamentales, sobre todo, respecto a las medidas de no repetición, por ello las leyes locales de víctimas urgentemente necesitan reconocer a la esterilización no consentida como violencia obstétrica.

De esta forma, para que efectivamente se protejan los derechos humanos de las mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad es fundamental armonizar y adecuar las leyes de salud, las leyes de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia, las leyes para la inclusión de las personas con discapacidad y las NOM. Particularmente, es apremiante eliminar el contenido de la NOM 005 que recomienda la aplicación de un método permanente para mujeres con discapacidad psicosocial o cognitiva pues se utiliza como excusa para violar los derechos reproductivos de las mujeres y adolescentes con discapacidad. Además de que dicho contenido

La discriminación detrás de las esterilizaciones no consentidas...

incumple con las obligaciones constitucionales y convencionales en materia de derechos humanos.

Es hora de que haya una real y material transición al modelo social, eliminar los procedimientos civiles de sustitución de voluntad como la interdicción son también parte importante para el reconocimiento de la capacidad jurídica, pilar para el pleno goce de los derechos humanos. Ninguna política o plan de gobierno será exitosa si no hay cifras e información sobre las condiciones de vida y situación no sólo de mujeres y niñas con discapacidad sino del colectivo en general. México tiene que apostarle a la desinstitucionalización y a realmente operar integralmente sobre la base del modelo social de discapacidad con un enfoque de género e interseccional.

Desde el Estado mexicano y toda la sociedad debemos entender el lema de *nada de nosotros sin nosotros* como la eliminación de barreras jurídicas y sociales, incluyendo los estereotipos en torno a la sexualidad y reproducción. Comprenderlo generará ambientes protectores y respetuosos de las decisiones y los derechos humanos de miles de mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad quienes diariamente se enfrentan a las consecuencias de la discriminación múltiple que les impide gozar de sus derechos humanos en igualdad de condiciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguado Díaz, Antonio León (1995): “*Historia de las deficiencias*”, Colección Tesis y Praxis, Escuela Libre, España.
- Alegre, Marcelo y Gargarella, Roberto (2007): “*El derecho a la igualdad: Aportes para un constitucionalismo igualitario*”, Lexis Nexis, Argentina.
- Arguedas Ramírez, Gabriela (2014): “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”,

en *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, vol. 11, núm. 1, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

CERMI Mujeres y EDF (2017): “*Poner Fin a La Esterilización Forzosa de las Mujeres y Niñas con Discapacidad*”. Colección Generosidad, Género y Discapacidad, fundación CERMI Mujeres, núm 7, Madrid.

CONAPRED (2018): “*Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017 ENADIS Principales Resultados*”, INEGI, CONACYT, CONAPRED, CNDH, UNAM, México, disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2017/doc/enadis2017_resultados.pdf

DRI (2020): “Action steps to protect children and adults with disabilities during COVID-19 pandemic – especially in institutions and orphanages”, en DRI, Washington D.C, disponible en: «<https://www.driadvocacy.org/covid19-action-steps/>»

DRI y CMDPDH (2010): “*Abandonados y Desaparecidos: Segregación y Abuso de Niños y Adultos con Discapacidad en México*”, DRI, México.

GIRE (2018): “*La pieza faltante. Justicia reproductiva*”, GIRE, México, disponible en: «<https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/JusticiaReproductiva.pdf>»

GIRE (2015a): “*Niñas y mujeres sin justicia, derechos reproductivos en México*”, GIRE, México, disponible en: «<https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-GIRE-2015.pdf>»

GIRE (2015b): “*Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*”, GIRE, México, disponible en: «<https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolencaobstetrica2015.pdf>»

- INEGI (2021a): “En México somos 126 014 024 habitantes: censo de población y vivienda 2020”, en *Comunicado de prensa núm. 24/21*, INEGI, México, disponible en: «https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/Est-Sociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf»
- INEGI (2021b): “Población con limitación o discapacidad por entidad federativa y tipo de actividad que realiza o condición mental según sexo”, INEGI, México, disponible en: «https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Discapacidad_Discapacidad_02_3cd087c1-6581-4865-b050-0436af00ea54»
- INEGI (2020): “Estadísticas a propósito del día del niño datos nacionales” en *Comunicado de prensa núm. 164/20*, INEGI, México, disponible en: «https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP_Nino.pdf»
- INEGI (2018): “Estadísticas a propósito del día del niño (30 de abril)”, en *Comunicado de prensa núm. 167/18*, INEGI, México, disponible en: «https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/nino2018_nal.pdf»
- Kline, Wendy (2005): “*Building a Better Race. Gender, Sexuality and Eugenics from the turn of the Century to the Baby Boom*”, University of California Press, Estados Unidos.
- ONU (2020): “Las personas con discapacidad, en riesgo por el coronavirus”, en *ONU Noticias*, 17 marzo. Disponible en: «<https://news.un.org/es/story/2020/03/1471282>»
- Palacios, Agustina (2008): “*El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*”, colección CERMI, núm. 36, grupo CINCA, Madrid.

Palacios, Agustina y Bariffi, Francisco (2007): “*La Discapacidad como una Cuestión de Derechos Humanos: una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*”, CERMI, Telefónica y grupo CINCA, Madrid.

Rodríguez, Priscila (2015): “*Abuso y negación de sexuales y reproductivos a mujeres con discapacidad psicosocial en México*”, DRI y Colectivo Chuhcan, México.

Siscar, Majó (2014): “Mamá Rosa, entre dos historias”, en *Animal Político*, 17 julio. Disponible en: «<https://www.animalpolitico.com/2014/07/mama-rosa-entre-dos-historias/>».