

ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR



La anticoncepción y la planificación familiar están bien protegidas bajo los estándares internacionales de derechos humanos.

En los últimos veinte años, el porcentaje de mujeres con acceso a métodos anticonceptivos ha aumentado, tanto en países desarrollados como en desarrollo. Las Naciones Unidas informan que en 2011, más de un 63 por ciento de las mujeres en edades que van desde los 14 a los 49 años estaban usando alguna forma de anticoncepción, en comparación con el 54 por ciento en 1990.¹ Esto ha aumentado las oportunidades de las mujeres para elegir cuándo y cuántos hijos quieren tener, lo que puede tener un impacto positivo no solo en su derecho a la salud, sino también en su derecho a la educación, al trabajo y a un adecuado nivel de vida entre otros derechos humanos.

A pesar de estos avances, millones de mujeres siguen sin acceso a los métodos anticonceptivos modernos. De acuerdo con lo informado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, las estadísticas recientes muestran que de los 867 millones de mujeres en edad de procrear en los países en desarrollo, que requieren métodos anticonceptivos modernos, 222 millones no tienen acceso a ellos. Asimismo, en los países desarrollados, millones de mujeres se ven enfrentadas a obstáculos económicos, sociales y culturales para tener acceso a métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar, y carecen de información y educación sobre ellos.² Toda política o programa destinado a aumentar el acceso a la anticoncepción, debe garantizar que las necesidades de toma de decisión de las mujeres sean el centro de la discusión.

La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, garantiza a las mujeres igualdad de derechos para decidir “libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.”³ La anticoncepción también representa una dimensión clave del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.⁴ La función de la mujer en la procreación también tiene un impacto en el disfrute de otros derechos, tales como el derecho a la educación y al trabajo.⁵

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, los Estados reconocieron la relación inherente entre la salud de las mujeres y su capacidad de acceso a programas de planificación familiar y a otros servicios de salud reproductiva. El documento refleja los compromisos políticos para proveer acceso universal a una amplia gama de métodos de planificación familiar para el año 2015 y para reconocer las necesidades específicas de los grupos vulnerables.⁶ La Plataforma de Acción de Beijing afirmó que los derechos de las mujeres

“incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”.⁷

También afirma el derecho de todas las “el derecho de la mujer y del hombre a la información y al acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia”.⁸

222 MILLONES DE MUJERES EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO NO TIENEN ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS



LAS MUJERES QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS TIENEN MENOS PROBABILIDADES DE QUEDAR EMBARAZADAS QUE AQUELLAS QUE DEPENDEN DE UN MÉTODO TRADICIONAL



EL ACCESO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR REDUCE EL NÚMERO DE EMBARAZOS NO DESEADOS Y DE RIESGO, LO QUE DISMINUYE EL RIESGO DE MORTALIDAD MATERNA Y MORBILIDAD A LARGO PLAZO



EL ACCESO A SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR AUMENTA LAS OPORTUNIDADES DE LAS MUJERES PARA INGRESAR AL MERCADO LABORAL

Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas

TEMAS CLAVE

1 INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Muchas mujeres y niñas enfrentan desafíos para tener acceso a información y educación sobre métodos modernos de anticoncepción.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer ha explicado que “a fin de adoptar una

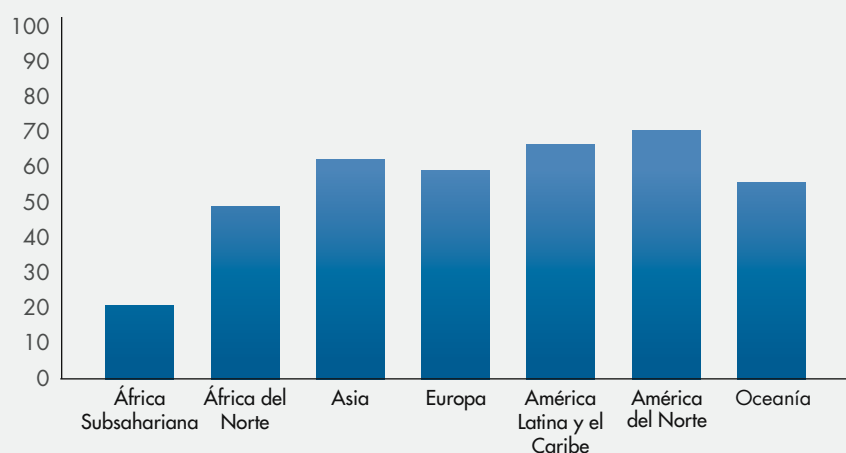
decisión con conocimiento de causa respecto de medidas anticonceptivas seguras y fiables, las mujeres deben tener información acerca de las medidas anticonceptivas y su uso, así como garantías de recibir educación sexual y servicios de planificación de la familia, según dispone el inciso h) del artículo 10

de la Convención”.⁹ Dicha información debe ser científicamente veraz y libre de discriminación. El Comité también ha recomendado que los Estados deben dar prioridad a “la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual”.¹⁰

Una gran mayoría de adolescentes no tiene acceso a educación sobre sexualidad o a servicios de salud sexual y reproductiva.

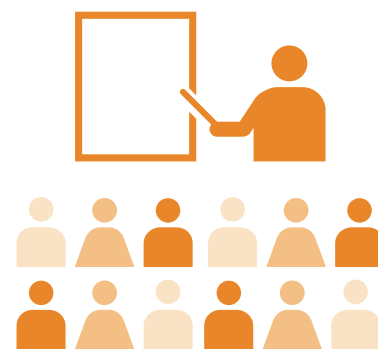
El Comité sobre los Derechos del Niño ha explicado que los servicios de planificación familiar abarcan la educación sexual y ha resaltado la necesidad de asegurar que “no se prive a los adolescentes de ninguna información o servicios en materia de salud sexual y reproductiva como consecuencia de objeciones de conciencia de los proveedores”.¹¹ De acuerdo con la evolución de las capacidades del niño, esta información debe ser entregada independientemente de su estado civil o del consentimiento de sus padres o tutores.¹²

PORCENTAJE DE MUJERES, CASADAS O EN UNIÓN LIBRE, QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS



Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World Contraceptive Patterns*, 2013

UNA RECIENTE ENCUESTA DE NACIONES UNIDAS INDICA QUE SOLO UN **59,3%** DE LOS PAÍSES SE COMPROMETIÓ A “INCORPORAR LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL DENTRO DE LA EDUCACIÓN FORMAL”, Y SOLO UN **49,3%** SE COMPROMETIÓ A “LLEVAR LOS JÓVENES NO ESCOLARIZADOS INFORMACIÓN Y SERVICIOS EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.”¹³



2 OBSTÁCULOS AL ACCESO DE SERVICIOS Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

*Garantizar los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva significa que se debe respetar su capacidad para tomar decisiones con respecto a su cuerpo. Las exigencias de contar con el consentimiento de terceros para tener acceso a ciertos servicios han sido constantemente criticadas por parte de los mecanismos de derechos humanos, consideradas contrarias a los derechos de las mujeres.*¹⁴

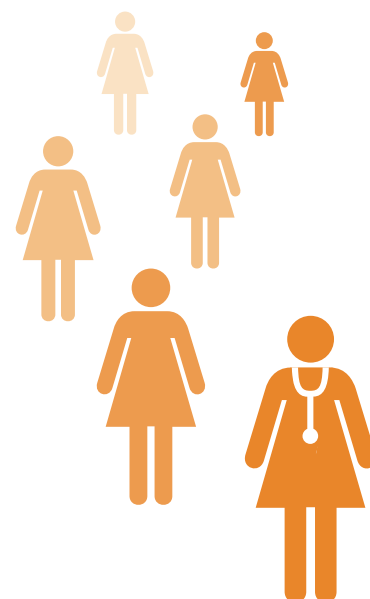
Por ejemplo, el Comité de Derechos Humanos ha considerado que las disposiciones legales que exigen el consentimiento del esposo para que una mujer se someta a una esterilización, violan el derecho de la mujer a su vida privada.¹⁵ Asimismo, el Comité para la

Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer ha aclarado que “los Estados Partes no deben restringir el acceso de la mujer a los servicios de atención médica ni a los dispensarios que los prestan por el hecho de carecer de autorización de su esposo, su compañero, sus padres o las autoridades de salud, por no estar casada* o por su condición de mujer”.¹⁶

Las creencias religiosas o convicciones personales de los trabajadores de la salud no pueden interferir con el cumplimiento de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

Aunque los profesionales de la salud tienen derecho a la objeción de conciencia, la protección de ese derecho no debe infringir el derecho de las mujeres a información veraz y objetiva sobre métodos anticonceptivos. La Corte Europea de Derechos Humanos,

por ejemplo, ha sostenido que los farmacéuticos no pueden rehusarse a vender anticonceptivos debido a creencias religiosas personales.¹⁷



EL COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER

ha concluido que una política de la ciudad de Manila, Filipinas, que prohibía las formas modernas de anticoncepción, violaba grave y

sistemáticamente la Convención, e incluía violaciones a los derechos de las mujeres a la salud y a decidir el número de hijos y el intervalo entre ellos. El Comité observó en este caso que la política de la ciudad de Manila era *“especialmente indignante, por ser el resultado de una política oficial y*

*deliberada que sitúa una determinada ideología por encima del bienestar de las mujeres y que fue diseñada y aplicada por el gobierno local para negar al acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos modernos, información y servicios.”*¹⁸



LOS ESTADOS TIENEN LA OBLIGACIÓN DE RESPETAR, PROTEGER Y CUMPLIR LOS DERECHOS HUMANOS RELACIONADOS CON LA ANTICONCEPCIÓN Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

RESPETAR Los Estados deben abstenerse de ordenar tratamientos médicos coercitivos, tales como la esterilización forzada de las mujeres con discapacidad o de las mujeres pertenecientes a grupos minoritarios o indígenas. Negar el acceso a la mujer a métodos anticonceptivos por el hecho de carecer de autorización del esposo, compañero, padre o autoridad de salud o por no estar casada, también es una violación de la obligación al respeto.

PROTEGER Los Estados deben asegurar que terceros no limiten el acceso de las personas a métodos anticonceptivos y a información y servicios en materia de planificación familiar. Si los trabajadores de la salud se rehúsan a vender o proporcionar anticonceptivos debido a creencias religiosas personales, el Estado debe aun así asegurar que los métodos anticonceptivos estén disponibles y accesibles para las mujeres y las niñas.

CUMPLIR Los Estados deben adoptar medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y de otra índole para asegurar la plena realización de los derechos relacionados con la anticoncepción, que incluye la obligación de proveer información y acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos, incluidos los medicamentos esenciales, como anticonceptivos hormonales y de emergencia.

LOS ANTICONCEPTIVOS Y LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEBEN:

Estar **disponibles** en cantidades suficientes; ser **accesibles** en forma física, económica y sin discriminación; ser cultural y éticamente **aceptables**; y ser científica y médicamente adecuados y de buena **calidad**.¹⁹

3 GRUPOS MARGINADOS Y LOS DERECHOS HUMANOS RELACIONADOS CON LA ANTICONCEPCIÓN Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Las personas con discapacidad enfrentan riesgos específicos de ver sus derechos humanos negados en relación con la anticoncepción y la planificación familiar.

El artículo 23 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad protege el derecho de las personas con discapacidad a fundar y mantener una familia y conservar su fertilidad en igualdad de condiciones que las demás. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha expresado su preocupación acerca de la discriminación en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva

en contra de personas con discapacidad y ha solicitado a los Estados la prestación de estos servicios.²⁰ Las personas con discapacidad deben recibir información y apoyo integral para tomar decisiones informadas acerca de las medidas anticonceptivas confiables y seguras.²¹

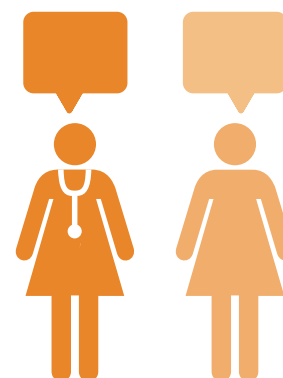
Los adolescentes enfrentan importantes obstáculos para acceder a servicios de anticoncepción y planificación familiar.

El Comité sobre los Derechos del Niño ha establecido que “los Estados han de velar por que los sistemas y servicios sanitarios

puedan atender las necesidades de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, incluso mediante servicios de planificación familiar y aborto en condiciones de seguridad. Los Estados deben procurar que las niñas puedan tomar decisiones autónomas y fundamentadas sobre su salud reproductiva”.²² El Comité ha recomendado que “los métodos anticonceptivos a corto plazo, como los preservativos, los métodos hormonales y los anticonceptivos de emergencia, deben estar a disposición inmediata de los adolescentes sexualmente activos. También deben facilitarse métodos anticonceptivos permanentes y a largo plazo”.²³

Algunos grupos marginados enfrentan un mayor riesgo de sufrir una esterilización involuntaria.

Las prácticas coercitivas tales como la esterilización involuntaria infringen el derecho de las mujeres a decidir el número de hijos y el intervalo entre ellos, y afectan de manera adversa la salud física y mental de las mujeres.²⁴ Esto afecta especialmente a las mujeres que viven con el VIH, a las mujeres y niñas indígenas y de minorías étnicas, a las mujeres y niñas con discapacidad, personas transgénero e intersexuales,²⁵ así como también a las mujeres y niñas que viven en la pobreza. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha solicitado a los Estados que revisen “las leyes y políticas de manera a prohibir la esterilización obligatoria y el aborto forzado en mujeres con discapacidad”²⁶ y ha recomendado la “prohibición de someter a cirugía o a un tratamiento sin el consentimiento pleno e informado del paciente”.²⁷ Asimismo, el Comité sobre los Derechos del Niño ha expresado su más profunda preocupación por la práctica de esterilización forzada y ha establecido que esta práctica viola seriamente el derecho de los niños a su integridad física.²⁸



EN EL CASO DE A.S. VS HUNGRÍA, una mujer húngara de origen romaní fue **esterilizada de manera coercitiva** en un hospital público, luego de firmar una declaración de consentimiento para someterse a una cesárea que contenía una nota apenas legible sobre consentimiento para una esterilización. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer concluyó que al no entregar información y asesoramiento sobre planificación familiar, el Estado había violado los derechos de la víctima.²⁹ El Comité estableció que la víctima tenía el derecho a “información específica sobre la esterilización y otros procedimientos alternativos de planificación de la familia a fin de evitar que se realizara una intervención de este tipo sin que ella hubiera tomado una decisión con pleno conocimiento de causa.”³⁰

EN EL CASO DE MARÍA CHÁVEZ VS. PERÚ, una mujer rural fue **obligada por funcionarios de la salud pública a someterse a una cirugía de esterilización**, lo que le causó la muerte. En 2002, el gobierno peruano firmó una solución amistosa y “admitió responsabilidad internacional por los hechos descritos y se comprometió a adoptar medidas de reparación material y moral por el daño sufrido e impulsar una exhaustiva investigación, tendiente a la sanción de los responsables en el fuero común, así como a adoptar medidas de prevención para evitar que se repitan hechos similares en el futuro”.³¹

NOTAS

- 1 Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, World Contraceptive Patterns 2013.
- 2 Fondo de Población de las Naciones Unidas, Informe Estado de la Población Mundial (2012), Si a la opción, no al azar: planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo, págs. ii, 1. 3 Artículo 16.
- 4 Informe 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), párrs. 44, 48. Ver también Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 12.
- 5 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículos 13, 6.
- 6 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Programa de Acción (1994), párr. 7.16.
- 7 Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Plataforma de Acción (1995), párr. 96.
- 8 Ibid. párr. 97.
- 9 Recomendación General 21 (1994) sobre igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares, párr. 22.
- 10 Recomendación General 24 (1999) sobre la mujer y la salud, para. 31(c).
- 11 Observación General 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 69.
- 12 Comité sobre los Derechos del Niño, Observación General 4 (2003) sobre la salud y desarrollo de los adolescentes, párr. 24; Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, Recomendación General 24, párr. 14.
- 13 Mensajes y hallazgos preliminares de la revisión global del CIPD más allá del 2014, 24 de junio, 2013, pág. 32, disponible en: <http://icpdbeyond2014.org/about/view/2-global-survey>.
- 14 Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, Recomendación General 24, párr. 14; Observaciones Finales sobre Indonesia, CEDAW/C/IDN/CO/5 (2007), párr. 16; Turquía, A/52/38/Rev.1 (1997), párr. 196; Comité sobre los Derechos del Niño, Observación General 15, párr. 31.
- 15 Observación General No. 28 (2000), sobre la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, párr. 20.
- 16 Recomendación General 24, párr. 14.
- 17 Corte Europea de Derechos Humanos, Pichon y Sajous vs. Francia, No. 49853/99 (2001).
- 18 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Informe de Investigación sobre Filipinas, CEDAW/C/OP.8/PHL/1 (2015), párr. 48.
- 19 Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 12.
- 20 Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones Finales sobre Paraguay, CRPD/C/PRY/CO/1 (2013), párr. 59, 60. Ver también La eliminación forzada, coercitiva y no voluntaria de la esterilización: Una declaración interinstitucional (2014), págs. 5-7.
- 21 Declaración interinstitucional sobre esterilización involuntaria, pág. 15.
- 22 Observación General 15, párr. 56; Observación General 4, párr. 29.
- 23 Observación General 15, párr. 70.
- 24 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 19 (1992), sobre violencia contra la mujer, párr. 22.
- 25 Declaración interinstitucional sobre esterilización involuntaria.
- 26 Observaciones Finales sobre China, CRPD/C/CHN/CO/1 (2012), párr. 34; Perú, CRPD/C/Per/CO/1, párr. 35. Ver también Declaración interinstitucional sobre esterilización involuntaria, págs. 5-7.
- 27 Observaciones Finales sobre Túnez, CRPD/C/TUN/CO/1, párr. 29. Ver también OACDH, Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y niñas y la discapacidad, A/ HRC/20/5 (2012).
- 28 Observación General 9 (2006) sobre los derechos de los niños con discapacidad, párr. 60.
- 29 A.S. vs. Hungría, Comunicación No. 4/2004 (2006), párr. 11.2.
- 30 Ibid.
- 31 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, María Chávez vs. Perú, Caso 12.191, Informe No. 71/03 (2003), párr. 14.