



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE GEOGRAFÍA SUAYED**

**La Secretaria de Salud de la Ciudad de México como
productora de espacios libres de violencia para las
mujeres a partir de garantizar los derechos reproductivos
y la maternidad libre.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN GEOGRAFÍA

P R E S E N T A:

ELIZABETH MARTÍNEZ SALDAÑA



SUA(y)ED
Filosofía / Letras

**DIRECTOR DE TESIS:
DRA. MA. VERÓNICA IBARRA GARCÍA
CIUDAD DE MÉXICO, 2019**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Primero agradezco a mi madre el inmenso apoyo y amor que me ha brindado a lo largo de este camino, se que no fue fácil pero aquí estamos, te amo mucho.

A Ángel, qué te puedo decir, sin tú inmenso apoyo ésto nunca hubiera pasado, gracias por siempre estar, por tú paciencia y por tu amor, han sido años de mucho aprendizaje.

A la familia Marzano Cruz, por todo su apoyo y paciencia, por lo ánimos y el empuje que siempre me dieron. Gracias Sra. Ángeles y Sr. Benjamín por estar siempre pendiente de mis avances y mi bienestar. Gracias Paola, Alan, Benjamín y Sarahí por el ánimo, los consejos y las buenas vibras.

A mis amigos, por su infinita paciencia y estar atentos a mis avances, dándome ánimos y fortaleza cuando la necesito. Gracias Víctor, Yadira, Eduardo y Paulina, que donde quiera que estés se que estarías feliz por mi.

A Marisol, por las platicas, comidas y la reflexión feminista, gracias de verdad.

A Alejandra y Benjamín por su amistad y apoyo, de verdad lamento haberme perdido un momento tan especial por estar en esto.

A la Dra. Verónica Ibarra por ser pieza fundamental en mi formación como geógrafa, por se una excelente guía, por su entrega, compromiso y por ser una apasionada de la geografía y del feminismo.

A la Dra. Lucia Damián por sus aportes, reflexiones, apoyo y ánimos en este camino de la titulación. Por acercarme al feminismo y formarme en él.

A Melissa Díaz, tengo miles de cosas que agradecerte, pero no caben en una sola página, nuestra amistad ha sido un acontecimiento fortuito que la vida me dio. Gracias por tus consejos, tu dedicación, tu perfeccionismo, reflexiones y tu gran corazón, el mundo necesita más personas como tú.

Al Dr. Alberto Montoya, por su formación, comprensión y apoyo para sacar este proyecto.

A Walter Julián, por tu apoyo, confianza y permisos para terminar este proyecto.

A mis compañeros de trabajo, Gonzalo, Shahin y Daniel. Cada uno por separado ayudo a que esto se lograra concluir. Gonzalo no sabes cuanto agradezco tu reflexión, tus aportes y discusiones. Shahin, gracias por tu apoyo, empuje y empatía. Daniel, gracias por cubrir, por aguantar y por estar para resolver mis dudas. Son los mejores y de verdad agradezco su apoyo y me disculpo si mi ausencia ocasionó que se les cargara la mano.

INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO	8
ANTECEDENTES	8
GEOGRAFÍA FEMINISTA	9
<i>Geografía feminista o geografía de género</i>	13
GEOGRAFÍA FEMINISTA MEXICANA	15
ESPACIO GEOGRÁFICO	18
<i>Producción de espacios libres de violencia para las mujeres</i>	22
<i>Escalas</i>	23
CAPÍTULO 2. LA LUCHA FEMINISTA POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y UNA MATERNIDAD LIBRE EN MÉXICO.	30
LAS LUCHAS FEMINISTAS Y LOS MOVIMIENTOS POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS	34
<i>Control de la natalidad</i>	34
<i>Políticas pro natalistas en México</i>	39
<i>Del Control de la población a las políticas de planificación familiar</i>	42
<i>Salud reproductiva</i>	52
ÉTICA DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS	56
<i>La integridad personal y corporal</i>	57
<i>La autodeterminación personal</i>	58
<i>La igualdad</i>	58
<i>La diversidad</i>	59
CAPÍTULO 3. POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES EN MÉXICO	61
DERECHOS REPRODUCTIVOS RECONOCIDOS POR TRATADOS INTERNACIONALES FIRMADOS POR MÉXICO	62
DERECHOS REPRODUCTIVOS RECONOCIDOS POR LAS LEYES NACIONALES	68
DERECHOS REPRODUCTIVOS EN LA LEGISLACIÓN DE LA CIUDAD DE CMÉXICO	79
<i>Constitución Política de la Ciudad de México (2017)</i>	79
<i>Código Civil para el Distrito Federal (1928)</i>	80
<i>Código Penal para la Ciudad de México (2012)</i>	80
<i>Ley de Educación de la Ciudad de México (8 de junio 2000)</i>	81
<i>Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal (24 de febrero de 2011)</i>	83
<i>Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (29 de enero de 2008)</i>	84
<i>Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal (10 septiembre 2010)</i>	84
<i>Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México (12 nov 2015)</i>	85
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO COMO GARANTE DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y LA LIBRE MATERNIDAD.	90
PROGRAMAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN MATERIA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y LIBRE MATERNIDAD	90
RECURSOS DESTINADOS A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA POR PARTE DE SEDESA	93
ACCIONES DE LA ACTIVIDAD INSTITUCIONAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	103
<i>Atención a Embarazo de adolescentes</i>	103
<i>Interrupción legal del Embarazo</i>	105
CONCLUSIONES	112
BIBLIOGRAFÍA	118

ÍNDICE DE TABLAS, GRAFICAS E ILUSTRACIONES

Tabla 1. Monto Presupuestado a la Actividad Institucional (AI) Salud Sexual y Reproductiva. (Miles de Pesos). INFOMEX	94
Tabla 2. Gasto Modificado y Ejercido de la AI Salud Sexual y Reproductiva.....	97
Tabla 3. Conceptos de Clasificación por objeto de Gasto.	98
Tabla 4. Porcentaje de Gasto asignado por SEDESA a la AI Salud Sexual y Reproductiva.....	100
Tabla 5. Gasto de SEDESA destinado a AI Salud Sexual y Reproductiva, Número de actividades en materia de Salud Sexual y Reproductiva. 2009-2017. Desagregado.	102
Tabla 6. Egresos destinados a la AI Prevención del Embarazo adolescente" 2015-2018 de INJUVE. INFOMEX	104
Tabla 7. Nacimientos Totales en Instituciones de Salud, SEDESA y Porcentaje por grupo de edad de la madre. (10-14 y 15 a 19 años)	105
Tabla 8. Presupuesto de AI Salud Sexual y Reproductiva y Acciones en materia de Salud Sexual y Reproductiva-ILE. Cuenta Pública 2007-2017	106
Tabla 9. Porcentaje de Interrupciones Legales del Embarazo por Alcaldía en 2014. Cuenta Pública 2014	106
Tabla 10. Número de Interrupciones Legales del Embarazo desagregadas por Semanas de Gestación. De 2010 a Agosto de 2018. . INFOMEX-SEDESA.....	107
Tabla 11. Total de ILEs por Unidad Médica de 2007 a 2017.....	108
Tabla 12. Unidades que realizan ILEs por Alcaldía	109
Tabla 13. Unidades que realizaron ILE por Alcaldía en 2017.....	110

ÍNDICE DE GRÁFICAS.

Gráfica 1. Gasto Total de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México de 2000-2017. (Miles de pesos).	100
Gráfica 2. Porcentaje de gasto asignado a la AI Salud Sexual y Reproductiva frente a Gasto Ejercido de SEDESA	101

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Línea del tiempo del marco jurídico relacionado con los derechos reproductivos y sexuales.....	89
---	----

Introducción.

El principal interés por realizar esta investigación deriva de observar una realidad injusta para cientos de mujeres en la Ciudad de México, misma que se ha vanagloriado de ser la “*Capital Amigable y segura para las mujeres y niñas*”¹.

Surge de observar la realidad de niñas de 13 años embarazadas; de observar a vecinas de mi colonia con más de cinco hijos, sin posibilidad de garantizarles educación e incluso tres comidas diarias; de observar el hacinamiento de las familias en las colonias más empobrecidas de la Ciudad de México, conformadas cada vez más por adolescentes que deciden vivir en pareja y de observar la desesperación de amigas que han decidido abortar y siguen sin saber a dónde acudir, teniendo miedo de ser castigadas, juzgadas y condenadas.

Desde la elaboración del anteproyecto se planteó que no garantizar los derechos reproductivos y una libre maternidad es violencia contra las mujeres, pero habría que plantearlo como un tema de investigación desde la Geografía. Me interesó saber si la violencia contra los derechos reproductivos y la libre maternidad, se manifiesta espacialmente y cómo la geografía puede contribuir al análisis de dicha problemática, dado que hay muchas disciplinas que han escrito sobre el tema, pero no se había analizado desde la geografía mexicana.

Desde la primera revisión de la información para la conformación del protocolo se identificó que la Ciudad de México era de las entidades del país que contemplaba la incorporación de los derechos reproductivos y permitía el aborto dentro de su legislación. Por otro lado, se reconoció a la Secretaría de Salud como principal organismo del Estado mexicano encargado de garantizar los derechos reproductivos de la población y en específico de las mujeres.

¹ El 24 de noviembre de 2015, el Jefe de Gobierno, Dr. Miguel Ángel Mancera Espinosa, presentó el Programa “CDMX Ciudad Segura y Amigable para Mujeres y Niñas” como una propuesta de política pública que incorporaba cinco componentes a favor de la seguridad de las mujeres y las niñas en la Ciudad de México: 1) Viaja Segura, 2) Camina Segura, 3) Participación comunitaria en la creación y sostenibilidad de condiciones de seguridad para mujeres y niñas en los espacios públicos, 4) Fortalecimiento institucional de las acciones, mecanismos y políticas públicas para prevenir, atender y garantizar el acceso a la justicia de las mujeres y las niñas en los espacios y el transporte público, y 5) Comunicación y difusión de los derechos de las mujeres y niñas a una vida libre de violencia.

Fue así que, como trabajo de tesis, se decide evaluar si la Secretaría de Salud ha asumido la tarea de garantizar el derecho a decidir sobre la maternidad libre y los derechos reproductivos de las mujeres en la Ciudad de México y cómo contribuye a producir espacios libres de violencia.

En el Capítulo 1, que corresponde al marco teórico, se enmarca nuestro análisis dentro de una geografía feminista. En este capítulo se asume la posición teórica de la geografía feminista, que forma parte de una *geografía crítica* que entiende al *espacio* como *producción social*, pero que incorpora categorías provenientes desde el feminismo para el análisis de la realidad. Por lo que en este capítulo se optó por explicar dichos antecedentes y explicar algunas categorías surgidas desde la geografía crítica y cómo las incorpora la geografía feminista.

Por su parte el Capítulo 2, se encargará de analizar los antecedentes de los derechos reproductivos, poniendo especial énfasis en evidenciar los aportes del movimiento feminista. Afirmado que los derechos reproductivos son parte una lucha organizada de las mujeres a mediados del siglo XIX, por controlar su reproducción, pero que se desarrollará a lo largo de estos casi tres siglos y teniendo su expresión más fuerte en la década de los setenta del siglo XX gracias a una serie de acontecimientos históricos. Así mismo se retomarán los planteamientos de Rosalind Pechetsky y Sonia Correa, en torno a la ética de los derechos sexuales y reproductivos, para el posterior análisis de la Secretaría de Salud.

En el Capítulo 3, se realizó un breve recorrido por los Tratados Internacionales firmados por México que incorporan los derechos reproductivos; así como por las leyes y reglamentos a nivel Estatal y en la Ciudad de México. Se concluye que no se incorporan como derechos y sólo se habla de *salud sexual y reproductiva*, categorías carentes de definición; y por ello se llega a intercambiar el concepto de derechos reproductivos por *planificación familiar*, abocada a la repartición de métodos anticonceptivos, es decir la planificación familiar bajo una visión neomalthusiana.

Por otro lado, en el Capítulo 4 se realizó un breve análisis de los programas *de Planificación familiar y Salud Sexual y Reproductiva* del país que incorporan la categoría de salud sexual y reproductiva, llegando a la misma conclusión que el caso de las leyes. Así mismo, en esta sección

nos interesaba saber cuáles han sido los resultados de las políticas, que actualmente contemplan la salud sexual y reproductiva, pero para ello, se buscaba saber cuanto se gastaba en algunas actividades que contempla la salud sexual y reproductiva (a las clínicas de interrupción legal del embarazo; y si existía algún monto para la atención y prevención de embarazos adolescentes), pero la información pública no proporcionó información detallada de dichas actividades y su presupuesto. Por lo que se recurrió al *Sistema de Solicitudes de Información de la Ciudad de México*, a través de su portal de internet, el día 26 de septiembre de 2018, para solicitar información sobre los rubros mencionados, la información proporcionada, fue complementada por información obtenida a partir de la revisión de las cuentas públicas de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México de los años 2006-2017.

No se niega que ha habido avances en dicha materia, pero las problemáticas en torno al acceso y derechos sexuales y reproductivos no se puede resolver mirando en una sola dirección y cargando la mayor responsabilidad al sector salud, es necesario voltear a ver las políticas sociales, económicas y desarrollo que permitan explicar el no acceso a los derechos reproductivos de las mujeres.

Finalmente se concluye que los derechos reproductivos de las mujeres aún no han sido conquistados, siguen estando condicionados a la desigualdad social, de clase y de género. Si bien en la Ciudad de México se empieza a hablar en términos de derechos sexuales y reproductivos al revisar y evaluar las acciones específicas realizadas con el presupuesto público podemos observar que siguen estando encaminadas a controlar la reproducción de las mujeres.

Capítulo 1. Marco Teórico Metodológico.

Antecedentes.

La década de los sesenta estará marcada por una convulsión social generalizada en el mundo occidental. En distintos puntos se gestan movimientos sociales contestatarios, pues el sistema muestra profundas contradicciones; es racista, clasista, imperialista y por supuesto sexista. Las geógrafas y geógrafos, de la época no son ajenos a la realidad social y parten cuestionando a su propia ciencia.

Las corrientes geográficas imperantes durante la década de los sesenta y principios de los setenta, serán de corte neopositivista, interesadas en los procesos espaciales abstractos; aspirado a encontrar regularidades en la distribución espacial para identificar “*leyes científicas*”; dejando de lado los procesos sociales. Por lo anterior, las primeras críticas serán dirigidas a la aparente neutralidad de la disciplina frente a las problemáticas sociales. Los geógrafos comunistas y activistas William Bunge y Jim Blaut a partir de su trabajo fuera de las aulas, serán los primeros geógrafos críticos de la época y crearán un ambiente propicio para la geografía crítica y radical.² Las geógrafas y geógrafos serán participes en movimientos sociales en contra de la guerra y a favor de las mujeres; y al final de los sesenta se empezarán a formar grupos de académicos y académicas comprometidos con la transformación social en países anglosajones (Benach & Peet, 2012; Massey, 2012; Ortega Valcárcel, 2000).

Aunado a lo anterior, no podemos pasar por alto que existieron académicos que de manera aislada y en sus distintas trincheras pugnaron por una geografía comprometida con la transformación social desde mediados del siglo XIX. Por retomar algunos ejemplos mencionados por Ortega Valcárcel (2000) y Lidia Peake y Eric Sheppard (2014) encontramos a: el anarco-comunista Pyotr Krapotkin (1842-1921); el anarquista francés Élysée Reclus (1830-1905); los sinólogos alemanes y estadounidenses Karl Wittfogel (1896-1988) y Owen Lattimore (1900-1989); la profesoras de geografía Zonia Beber (1862-1956) o *Mary Arizona* y Thelma Glass

² Ver Benach (2017) quien hace una introducción a su investigación sobre William Bunge; y a Lidia Peak y Eris Sheppard, quienes profundizan en la importante influencia de Bunge y Jim Blaut para la formación de la primera generación de geógrafos radicales en Estados Unidos.

(1912-2012) (Peake & Sheppard, 2014; Ortega, 2000). De Zonia Beber y Thelma Glass se sabe que la primera fue profesora y activista comprometida con la paz, el antirracismo, la protección al medio ambiente, el apoyo a los movimientos sufragistas puertorriqueños y fundó la *Chicago Geographical Society*, la segunda profesora del Alabama State College, contribuyó a establecer el *Women's Political Council* en Alabama, que organizó la huelga de autobuses de Montgomery liderada por Martin Luther King (George, Monk y Gaston, 2004 en Peake & Sheppard (2014))

Los enfoques críticos provenientes desde el marxismo y del feminismo, que se incorporan a la geografía durante dicho periodo, supondrán un enriquecimiento teórico para la geografía, surgirán entonces las geografías críticas; feministas y marxistas (radical). Ambas corrientes dentro de la geografía defenderán la importancia de la participación de las y los científicos en los movimientos sociales a favor de la justicia, y en defensa de los grupos marginados, atribuyéndole a la ciencia un compromiso político y social (Benach & Peet, 2012; Sabaté, 1984; Sabaté, et al., 1995).

Geografía feminista.

Si bien, la geografía feminista tiene sus antecedentes en la década de los setenta en el mundo anglosajón, principalmente en Estados Unidos y en Gran Bretaña; este trabajo además coincide con lo planteado por Ana María Sabaté (1984 y 1995) al afirmar que el desarrollo de la geografía feminista deberá ser entendido a partir de acontecimientos que ocurrieron de manera externa e interna dentro de la geografía.

- Por un lado, de manera externa, durante la década de los sesenta y setenta se propaga el feminismo como movimiento político y social a favor de las mujeres. Al tiempo que inicia un proceso de transformación de la situación de las mujeres en la sociedad, por citar algunos ejemplos; gran número de mujeres tienen acceso al control de su reproducción, un mayor acceso a educación, se incorporan al empleo remunerado y a la participación política.
- Por otro lado, de manera interna, la geografía asume un compromiso político y social con la transformación de la realidad; por tanto, hay mayor apertura al análisis de

problemáticas sociales, asumiéndose así, como ciencia social e iniciando el diálogo con otras ciencias sociales. Aunado al desarrollo del concepto de *espacio* como producción social, el cual se desarrollará en párrafos siguientes.

El movimiento feminista impactará en la geografía a través de estudiantes y académicas que serán afines al movimiento e incluso serán partícipes de él (McDowell, 2000; Nelson, 2016; Monk & Garcia , 1987). Por lo que, durante la década de los setenta en países anglosajones se multiplicaron análisis dentro de la geografía humana, que plantearan algunas cuestiones sobre la mujer.

Los primeros artículos, relacionados con problemáticas de las mujeres en geografía, hacen su aparición en 1973; en un inicio, su publicación se concentrará en revistas anglosajonas de corte radical, como *Antipode*, *Área*, sin embargo, actualmente han encontrado espacio en revistas de mayor difusión de la comunidad científica geográfica y no geográfica, como podemos observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Geografía feminista. Resumen de Acontecimientos Históricos.

AÑO	HECHOS HISTÓRICOS	ESCUELA DE GEOGRAFÍA	TEMAS Y TEMÁTICAS DE ESTUDIO	AUTORAS CLAVE DENTRO DE GEOGRAFÍA FEMINISTA	OBRAS CLAVE DENTRO DE LAS ESCUELAS DE GEOGRAFÍA FEMINISTA	REVISTAS Y ESPACIOS DE DIFUSIÓN	
2015	Francia-2012-Partido Socialista llega al poder (Macron)		Ética de trabajo de campo Turismo sexual Mercado de trabajo. Bibliografías de geógrafas mexicanas.	México-Lucia Domínguez Bernal (2016) México-Chile-Paula Soto y Miguel Ángel Aguilar. (UAM-I)(2012) Francia-Nadine Cattau México- Norma Baca Tavira (2011) Francia-Béatrice Collignon (2010)	<i>Geografía feminista de diversas latitudes. Orígenes, desarrollo y temáticas contemporáneas.</i> (2016) <i>Cuerpo, espacios y emociones: aproximaciones desde las ciencias sociales.</i> (2013) <i>Lógicas de circulación y migración femenina del sur mexicano a Estados Unidos.</i> (2011) <i>L'éthique et le terrain</i> (2010)	Clase de Geografía feminista en posgrado de la UNAM (2009) Clase de geografía de género, licenciatura (2009) Grupo-Groupement d'Intérêt Scientifique "Genre" (2012)	
2010		Geografía feminista mexicana (México) (1990)	Metodologías de investigación Capitalismo y Producción del conocimiento. Críticas a la geopolítica Métodos cuantitativos Uso de nuevas tecnologías SIGs Neoliberalismo Masculinidades Poscolonialidad Público y privado	Brasil-Joseli Maria Silva 2009. Francia-Raymonde Sèchet (2009) Francia- Marianne Bledon (2007), España-Mx-Maria Teresa Ayllón Trujillo (2002) EUA-Mei-Po. Kwan 2002	<i>Geografías subversivas. Discursos sobre el espacio, género y sexualidades.</i> (Coordina) (2009). <i>La prostitution, enjeu de géographie morale dans la ville entrepreneuriale. Lectures par les géographes anglophones</i> , en <i>L'Espace géographique</i> (2009) <i>Tesis-Distance et rencontre. Eléments pour une géographie des homosexualités</i> (2007) <i>Is GIS for women? Reflection on the critical discourse in the 1990s.</i> (2002)	Brasil- <i>Latino-Americana de Geografia y Género.</i> (2009)	
2000	EU: Se consolida la geografía feminista. – países anglosajones. Secretaría Especial de Políticas para as Mulheres (SPM)	Geografía francesa	Re-teorización feminista de escala Ética del cuidado Conocimientos situados. Espacialidad gay Religión Género y territorio	Cindi Katz (2001) Francia- Sophie Louargant (2003) Francia- Chivallon, C. y C. Hancock (2001) Francia- Dominique Cretou, Sonia Chardonnel, Chantal Gillette y Sophie Louargant. (2004) Francia- Collignon y Staszak. (2004) Francia- Francine Barthe y C. Hancock (2005)	<i>"Que faire de la géographie postmoderne"?</i> (2004) <i>Tesis-L'approche Genre pour relire le territoire : les trajectoires hommes-femmes dans les projets touristiques ruraux. Ardèche méridionale, Lignerie, Ffs-Boulemane.</i> (2003) <i>On the groups of globalization: A topography for feminist political engagement</i> (2001) En <i>Signs Géographiques anglosaxonnes. Tendances contemporaines.</i> (2001) <i>Implicancias territoriales del género como construcción social</i> (2000)	<i>LE GENRE. Constructions spatiales et culturelles.</i> En <i>Géographie et Cultures n°54</i> <i>Sous la direction de Francine Barthe et Claire Hancock</i> <i>2005-Arbeitskreis Geographie und Geschlecht (Red o grupo de geografía y género)</i> <i>Jer. Coloquio Frances</i> (2004). <i>Genre, territoire, développement: quels regards géographiques ?</i>	
1990	PUEG-UNAM. (1992) Posmodernismo I Guerra del Golfo (Derrota de Irak) EZLN Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM) vinculado con el Ministerio de Justicia de Brasil. Institucionalización de la lucha feminista. (1990) Brasil	Geografía italiana Geografía feminista de lengua alemana. (Francia) Alemania (1980) Austria (1980) Suiza (1980) Austria (1980)	Posestructuralistas - Diferencia. - Subjetividad - Identidad. Escala-cuerpo. Espacios del miedo en la ciudad. Violencia en el espacio urbano. Geografías de la infancia.	Geografía, raza y género. Metodología dentro de geografía feminista. Estudios sobre el desarrollo. Migración Transnacional Salud Estudios de población Mujeres migrantes Sexualidad y género.	Suiza-Elisabeth Büschlin Zürich-Elisabeth Büchler Múnich-Vereena Meier Kraker. Berlín-Dorte Segebart. Hamburgo- Anke Strüver. España, Ana Sábate et al. (1995) Brasil, Valéria da Silva (1999). EUA-Gillian Rose (1993). GB-McDowell EUA-Doreen Massey Brasil-Sonia Caló (1991) Argentina-Monica Colombara Francia-Dominique Cretou (1992) Italia- Gabriella Arena (1990)	<i>La dominación masculina</i> (1998) <i>Mujer, espacio y Sociedad: hacia una geografía de género.</i> (1995) <i>Feminism and Geography: The Limits of Geographical Knowledge</i> (1993) <i>Gender trouble: feminism and the subversion of identity.</i> (1990) <i>Les Irlandaises dans le changement social</i> . <i>Hommes et Terres du Nord.</i> (1992).	<i>Jer clase de Geografía de género UNAM</i> (1998-1999) <i>Doreen Massey Reading Weekend</i> (1999-2004) <i>Journal Gender, place and Culture</i> (1994) <i>II Jornada Platense de Geografía</i> (1994) <i>Jornada Platense de Geografía</i> (1994) <i>Geographica Helvetica.</i> (Revista Suiza)
1980	Feministas multiculturales. (Feminismo de la diferencia) Guerra de las Malvinas (1982) Posestructuralismo M. Tacheer Neoliberalismo. Feminismo negro. Crisis del Estado benefactor Brasil- Constitución de 1988. Brasil- Asamblea Nacional Constituyente (559 congresistas y el Lobby del lápiz labial 26 mujeres)	Geografía feminista argentina. (Finlandia de 1980) Argentina (1980) Geografía feminista española (España) (1986) Geografía feminista brasileña. (Francia de 1980)	Trabajo femenino. Mujeres y desarrollo. Ecología. Ecología política feminista. Contexto rural. Género Espacio sexuado Estadísticas con perspectiva de género Contexto Urbano Mundo del trabajo.	GB-Women and Geography Study Group (WGS/G) (1984) Brasil-Rosa Ester Rossini (1988) Francia-Jacqueline Coutras (1987) Francia-Jacqueline Coutras y Jeanne Fagnani (1989)	<i>Des Villes traditionnelles aux nouvelles banlieues. L'espace public au féminin</i> (1987) <i>El infeliz matrimonio entre marxismo y feminismo: hacia una unión más progresista</i> (1987) <i>Women and Geography</i> (1984) <i>Tesis. Livre Douceville. (La presencia de las mujeres en el cultivo de la caña de azúcar. Y la libre docencia)</i> (1988)	<i>1989-Arbeitskreis Feministische Geographie (Red o grupo de geografía feminista)</i> <i>1989- Sexe et espace. En Espace populations sociétés.</i> <i>1988-Feministische Geo BandMail (Boletín de geografía feminista)</i> <i>1988-Reunión Les Embois en Suiza Encuentros en Deutscher Geographentag (Día de los geógrafos alemanes)</i>	
1970	Institute Geographical of British (1979) (Gran Bretaña) Brasil (las mujeres del cinturón de la miseria de la ciudad periférica solicitan guarderías (las que se ingranaron al mercado laboral) , mejoras salariales, luchaban por un menor costos de la vida (mas digno) reivindicaban ante el Estado. Argentina Golpe de Estado (1976) ONU Década de la Mujer (1975-1985) Cordobazo Argentina Golpe de Estado en Argentina (1976) Cordones industriales en Brasil Movimiento feminista en A.L. Movimiento feminista Radical Movimiento Feminista de la "Tercera ola". "Lo personal es político". México-Matanza de estudiantes Tlatelolco (1968)	Geografía feminista anglosajona. Estados Unidos (1970) Canadá (1970) Reino Unido. (1970)	Relación entre las mujeres, capitalismo y paisaje urbano. Restricciones espaciales Estadísticas de mujeres en puestos institucionales.	Suiza- Eva Buff (1978) EUA-W. Zelinsky (1973)	<i>Migración de la mujer de regiones alpinas.</i> (1978) <i>El trafico de mujeres: notas sobre la economía política del Sexo</i> (1975) <i>Historia de la sexualidad</i> (1976) <i>Vigilar y castigar</i> (1975) <i>The Cultural Geography of the United State.</i> (1973) <i>Fitzgerald: Geography of a Revolution</i> (1971)		
1960					<i>Política Sexual.</i> (1969) <i>Sex and Gender.</i> (1968)	1969- Antipode	
					<i>El segundo sexo</i> (1949) <i>Friedrich Engels</i> (1884) <i>El Origen de la familia. Clara Zetkin</i> <i>Alexandra Kollontai</i>		

Distintas autoras, señalan las publicaciones del geógrafo Wilbur Zelinsky³ como precursoras en analizar la escasez de puestos académicos ocupados por mujeres en las universidades americanas; sin embargo, su análisis se hará sin tomar en cuenta la construcción social del género por tanto sin evidenciar, ni cuestionar las relaciones de poder (Sabaté, et al., 1995; García, 2005; Sabaté, 1984; Peake & Sheppard, 2014). Asimismo, Sabaté (1984), ubica los trabajos de Irene Bruegel⁴ y Pat Burnett⁵, como publicaciones pioneras que analizarán la condición de la mujer, en la ciudad, con bases conceptuales desde el marxismo e incorporando el análisis de género; Pat Burnett, por un lado, criticará los modelos positivistas sobre el desarrollo urbano, proponiendo al marxismo como estructura de análisis apropiada para el estudio de los cambios sociales y su impacto en la estructura urbana; Alison Hayford (1984), por su parte, estudia la evolución histórica de los roles económicos y políticos de los hogares, las mujeres, y su caracterización bajo el capitalismo, según da cuenta la autora.

Por otro lado, como se mencionó en un inicio, la geografía feminista surgirá de la mano de corrientes críticas dentro de la geografía, en específico de la mano de la geografía crítica. Sin embargo, para este análisis, también serán oportuno resaltar que existieron otras ramas de la geografía que presentarán una mayor apertura al análisis de las cuestiones de la mujer como: la *geografía del bienestar*, la *geografía de la percepción y comportamiento* y la *geografía humanista*; los primero afirmarán que la calidad de vida o de bienestar de la sociedad no dependerá únicamente de indicadores económicos y se centrará en señalar las diferencias en función del sexo; por su parte la geografía de la percepción, se centrará en los comportamientos del individuo y la interiorización del espacio exterior, enfatizando la percepción según sexo del espacio; por su parte la geografía humanista a partir de categorías como *lugar y espacio cotidiano* iniciará la reflexión en torno a problemáticas de las mujeres en el espacio (Sabaté, et al., 1995; Sabaté, 1984).

En síntesis, el interés por las problemáticas de las mujeres estará ligado a corrientes del pensamiento geográfico que, por un lado, manifestarán una crítica a la escuela cuantitativa y

³Zelinsky, Wilbur (1973): Women in Geography: a brief factual report. *The professional Geographer*, No.25, pp151-165.

⁴Zelinsky, Wilbur (1973), The strange case of the missing female geographer. *The professional Geographer*. No.25, pp101-105.

⁵Burnett, Pat (1973): Social change, the status of women and models of city form and development. *Antipode*, 5, pp. 57-62.

⁶Bruegel Irene (1973): Cities, women and social class: a comment, *Antipode*, 5, Pp. 62-65.

positivista, dominante durante ese periodo y por otro; serán corrientes que incorporan nuevas variables (como raza, sexo y clase), al análisis geográfico que les permite analizar la problemática y desigualdades sociales.

Aunado a lo anterior, su principal interés de geógrafas y geógrafos, de los primeros años de la década de los setenta, será hacer visible a la mitad de la humanidad y describir las condiciones de acceso a servicios, empleo y en general evidenciar desigualdades espaciales, a partir de una condición de mujer o hombre, por lo que distintas geógrafas feministas, consideran que este periodo se realizó *geografía de mujeres*, pues su principal interés era evidenciar en dónde se encontraban las mujeres y cómo eran sus espacios, documentarlas dentro del campo de la geografía. (Sabaté, 1984; Sabaté, et al., 1995; Karsten & Meertens, 1992)

Geografía feminista o geografía de género.

Ahora bien, para este trabajo es de suma importancia marcar diferencias entre *Geografía feminista*, *Geografía de género* y *Geografía de mujeres*. Para las tres ramas sus sujetas de estudio serán las mujeres y el espacio geográfico su objeto, pero existen ciertos matices que merecen ser marcados, pues este trabajo considera que los tres enfoques son fundamentales, pero deben ser tomados en consideración bajo un contexto específico.

La *Geografía de género* y la *Geografía feminista* irán más allá de la llamada *geografía de mujeres*. Si bien para el mundo anglosajón y para algunas escuelas de geografía, la geografía de género y la geografía feminista serán términos intercambiables, en este apartado se marcarán las diferencias entre ambas, pues en párrafos previos se escribió sobre *la geografía de mujeres*. Para este trabajo, la principal diferencia será la importancia que se le asigna al movimiento feminista.

Coincidiendo con Ibarra & Escamilla (2016) y Damian (2016), la posición de la *geografía de género* frente al movimiento feminista es una cuestión que aún no queda bastante clara, pues dentro de ciertos grupos académicos les cuesta asumirse feminista, por considerar este hecho una posición política, elemento mal visto en el mundo académico conservador, pues se sigue considerando que el trabajo científico debe de ser neutro. Afortunadamente, dicha retórica se

viene desvaneciendo en los últimos años, de a poco, por lo menos dentro de la geografía feminista mexicana, como se abordará más adelante.

Algunos análisis desde la geografía de género, sólo se centrarán en analizar las diferencias sociales, culturales, políticas, económicas e ideológicas entre hombres y mujeres dadas a partir de su condición de género y cómo estas diferencias marcan y son marcadas por el espacio y el tiempo, pero sin cuestionar las estructuras de poder que intervienen y condicionan la prevalencia de dichas diferencias. Por poner un ejemplo en 1989, las geógrafas suizas, fundan la *Arbeitskreis Feministische Geographie* (Red o grupo de geografía feminista), sin embargo, en 2005 tuvieron que cambiar su nombre a *Arbeitskreis Geographie und Geschlecht* (Red de geografía y género)⁶, para que ingresaran geógrafos y geógrafas que no se asumen feministas, pero tienen interés en temas de género, como da cuenta Carolin Schurr (2016). Si bien a simple vista, pareciera un simple cambio de nombre, sin embargo, dentro de este análisis se considera una forma de ocultar las luchas dadas por el movimiento feminista que ha permitido grandes cambios en las condiciones de las mujeres, cambios que se manifiestan también en la academia; por lo que en este se considera incorrecto que dentro de la academia en muchas ocasiones se intente velar los aportes del movimiento feminista, a partir de considerarlos “algo no profesional”. El movimiento feminista es un movimiento político, cuya meta siempre será la emancipación de la mujer a partir de develar las estructuras de poder que se encuentran impidiendo dicha emancipación, pero siempre se ha dado desde la organización y movimiento de mujeres, en las calles, y en distintos espacios (incluso académicos). Dentro de este trabajo se afirma que el conocimiento es situado⁷ y eso no le quita valor, por el contrario, le da mayor fuerza.

La *geografía feminista*, parte de reconocerse deudora del movimiento feminista y buscará respuestas del por qué de los procesos socio-espaciales y diferenciadores, analizando y criticando las estructuras de poder, a partir de incorporar aportaciones teóricas desde el feminismo y el marxismo para explicar los fenómenos espaciales (Sabaté, et al., 1995). Su objeto será el espacio geográfico, el tiempo y las sociedades que lo conforman, pero sus sujetas de estudio serán las

⁶ Ver Arbeitskreis (AK) Geographie und Geschlecht <http://ak-geographie-geschlecht.org/>

⁷ Haraway (1988), define el conocimiento situado a manera de conocimientos parciales, localizados, corporeizados y críticos que permiten la posibilidad de redes de conexiones y conversaciones compartidas en comunidades por tanto en este trabajo se considera que el conocimiento no esta completo y que con la interacción del conocimiento proveniente desde distintos frentes se podrá llegar a entender y resolver las problemáticas sociales (Haraway,1988: 584-590).

mujeres, pues la geografía feminista se encarga de estudiar cómo el espacio marca las condiciones de las mujeres, y cómo a su vez las mujeres crean y construyen al espacio geográfico, este último entendido como producción social (Damian, 2016).

Geografía feminista mexicana.

En este trabajo se concuerda con lo planteado con Carolin Schurr (2016) al afirmar que la geografía feminista, en la actualidad, no existe en singular, sólo en plural (Schurr, 2016). Desde que las académicas anglosajonas iniciaron los estudios feministas en la geografía, a inicios de los setenta, esta rama de estudio se ha ido extendiendo a nivel mundial y actualmente se realiza geografía feminista desde distintas latitudes incorporando distintas problemáticas y distintos enfoques.

Este trabajo partirá de una geografía feminista mexicana, reconociendo que el desarrollo de la geografía feminista en México será heredero de tradiciones académicas provenientes de Chile, España, Alemania y Estado Unidos. Las mujeres mexicanas se empezaron a interesar por la geografía desde mediados del siglo XIX, pero fueron mujeres, principalmente de clase acomodada, que tenían accesos a instrucción en casa, a libros y revistas de divulgación (Escamilla y Vega 2013 en Ibarra & Escamilla. 2016). Hay que aclarar, sin embargo, que la inclusión de las mujeres mexicanas en las aulas del nivel superior se dará de manera oficial hasta el primer cuarto del siglo XX, pues algunas historiadoras consultadas dan cuenta que la gran mayoría de las mujeres, hasta antes de 1910, sólo cursaban hasta la educación secundaria⁸, donde se les enseñaban actividades como: bordado, tejido, corte y confección y economía doméstica. (Esquivel & Montero, 2000).

En cuanto a los estudios sobre la cuestión de la mujer, se sabe que se venían desarrollando desde finales del siglo XIX, pero de manera aislada; sin embargo, será hasta la década de los noventa con la *institucionalización del feminismo* que diversas ciencias, sociales principalmente,

⁸ La primera mujer que se tienen registro en ingresar a la preparatoria es Manuela Mota en el año 1907, y será hasta 1910 cuando se decreta de manera oficial, su ingreso a la educación superior. (Revisar, (Esquivel & Montero, 2000))

realizarán estudios sobre la mujer y utilizarán categorías más elaboradas desde el movimiento feminista como *género* y *patriarcado* (Bartra, 1999).

La geografía mexicana, al identificarse con la escuela francesa clásica, basada en el análisis de las relaciones hombre-medio, y preocupada en ser una *ciencia natural* y/o de la Tierra, dejó de lado, por mucho tiempo las problemáticas sociales y por supuesto aquellas problemáticas relacionadas con las mujeres (Ibarra & Escamilla, 2016). La llegada de la Dra. Graciela Uribe, geógrafa crítica chilena, a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en la década de los ochenta, del siglo XX, significó la formación de académicos comprometidos con las causas sociales y el desarrollo de una geografía crítica en México.

Durante la década de los noventa en la Ciudad de México se viven momentos intensos de conmoción social, en términos económicos, políticos y sociales. El país se encuentra atravesando una grave crisis económica, aunada a las reformas estructurales, política y económicas que consolidan el neoliberalismo en México; la firma del Tratado de Libre Comercio de México con Estado Unidos y Canadá, la crisis de 1994 y el levantamiento zapatista significará una época de gran conmoción para el país.

Dicha conmoción se trasladaría a las aulas universitarias. Para el caso de la geografía, las y los alumnos, acompañados de profesoras y profesores se vieron en la necesidad de fortalecer bases teóricas y metodológicas para analizar la realidad social. Por lo que un cambio de plan de estudios se hizo necesario. Fruto de lo anterior, en 1988 surge por primera vez la asignatura de *Geografía de género* a nivel licenciatura en la UNAM, como materia optativa, misma que se impartió hasta abril de 1999, año de inicio de la huelga universitaria. Posteriormente será hasta 2009, que se vuelva a incorporar la materia al plan de estudios de geografía en la UNAM; se incorporará como *Geografía de género* a nivel licenciatura y a nivel posgrado como *Geografía feminista* (Ibidem, 222).

Las aportaciones provenientes desde la geografía feminista, radical y crítica formarán la geografía feminista mexicana. A partir de dicho periodo, se caracterizará por integrar al análisis de la realidad social las categorías de *espacio* y *género* entendidas como producciones sociales,

aunado a categorías como *región, paisaje, lugar y escala*, mismos que serán conceptos claves dentro de la tradición geográfica y que a partir de la década de los setenta, serán replanteados desde el materialismo histórico.

Si bien dentro de la geografía nacional no se ubicó algún trabajo que conjuntara las temáticas abordadas en esta investigación, en México los derechos reproductivos y la salud reproductiva de las mujeres ha sido ampliamente abordada desde distintas disciplinas, por ejemplo, desde la psicología, el derecho, la antropología, la medicina, la sociología y la demografía, por mencionar algunas, así como por distintas instituciones públicas y organizaciones civiles, por ejemplo: la Secretaria de Salud, el Instituto Nacional de las Mujeres y el Grupo de Información en Reproducción Elegida, Católicas por el Derecho a Decidir, Ipas México, entre otras.

Pese a lo anterior, uno de los intereses por abordar este tema es saber qué puede aportar la geografía y en específico la geografía feminista al estudio de los derechos reproductivos de las mujeres, por tanto, saber cuál es la importancia de *la cuestión espacial* en el análisis de los derechos reproductivos de las mujeres.

Dentro de la geografía feminista nacional, como dan cuenta las doctoras Verónica Ibarra, Irma Escamilla y Angélica Damian, se presentarán los primeros los trabajos de tesis de licenciatura a partir de la década de los noventa, con temáticas relacionadas con el género, espacio, el lugar, trabajo, educación, desastres, migración, sexualidad (prostitución de mujeres, turismo sexual, trabajo sexual) y teoría Queer (Damian, 2010; Ibarra & Escamilla, 2016). Sin embargo, dentro de los trabajos reportados por las autoras no observamos ningún trabajo en relación a los derechos reproductivos de las mujeres, pero dentro de la investigación realizada se encontró el trabajo de Brenda Montañó Hernández (2014), quien desde la Geografía de la Salud hace un análisis de la exclusión de las mujeres pobres a los servicios de salud en Xochimilco, análisis que si bien no incorpora de manera explícita un análisis feminista o a los derechos reproductivos, al dar cuenta de la condición de vulnerabilidad de las mujeres en la zonas periféricas y el acceso a servicios de salud, su análisis puede contribuir a incorporar algunas cuestiones, no tomadas en cuenta al inicio de la investigación.

Por su parte dentro de la geografía ecuatoriana observamos un análisis geográfico de los derechos reproductivos, en específico el derecho al aborto y su no criminalización, por el Colectivo de Geografía Crítica del Ecuador (2018), mismas que realizarán un *Contra-mapeo de la criminalización del aborto en Ecuador*. Dicho documento puede contribuir a incorporar algunos elementos y reflexiones en torno al cuerpo y su análisis dentro de la geografía feminista en América Latina, pues si bien dentro de la geografía sí se han analizado temas en relación al cuerpo y la geografía, serán, en su mayoría, desde la geografía anglosajona incorporando teorías Queer y de la performidad, mismas que en este momento, no son de interés para este trabajo.

A continuación, se trabajarán algunos conceptos, enmarcados en nuestro problema a investigar: *La Secretaria de Salud como productor de espacios libres de violencia para las mujeres a partir de ser garante de los derechos reproductivos y la libre maternidad*.

Espacio geográfico.

El eje rector de esta investigación es evaluar si la Secretaria de Salud de la Ciudad de México ha asumido la tarea de garantizar el derecho a decidir sobre una maternidad libre y garantizar los derechos reproductivos de las mujeres y cómo contribuyen a producir espacios libres de violencia para las mujeres.

Pero antes es necesario entender a qué nos referimos con espacios libres de violencia y su interacción con los derechos reproductivos y a una libre maternidad. Una primera pregunta que surge es ¿El acceso a los derechos reproductivos se manifiesta en el espacio? -¿Cuál es su relación con la producción de espacios libres de violencia? ¿Qué se entiende por producción de espacios libres de violencia dentro de la geografía? A lo largo de este apartado intentaremos dar respuesta a estas interrogantes.

Partiremos de definir que entiende la geografía por *espacio*; como se mencionó en párrafos previos la categoría de *espacio* será replanteada desde el materialismo histórico, a partir de la década de los sesenta.

Hasta antes de la década de los setenta, la geografía tradicional y cuantitativa, según recuerda Efraín León (2016), tomará la noción de *espacio* como un recurso metodológico; entendida como una *forma* que puede ser ocupada o desocupada total o parcialmente, sin que se registre en ella ninguna alteración; el espacio será concebido en su pureza abstracta, una instancia inmutable e independiente de toda experiencia humana y de toda dinámica social (León, 2016).

La geografía cuantitativa se desarrolla como una ciencia espacial, a partir de la crítica de F.K Schaefer al *excepcionalísimo en geografía*; sin embargo, ese giro espacial será de corte cuantitativo y con fuerte influencia de la economía neoclásica; considerando al espacio separado, en ocasiones, del conjunto social. Entiende al espacio como un escenario que permite medir y ordenar la realidad para el reconocimiento de localizaciones, flujos, funciones y tendencia, como algo absoluto, como una entidad *per se*; por lo que la geografía cuantitativa optaría por indagar y formular leyes causales en la manera como los procesos sociales y naturales determinaban a la sociedad, intentando identificar regularidades o leyes (Ortega, 2000; Uribe, 1996).

Sin embargo, con el surgimiento de la geografía crítica, las y los geógrafos recuperarán conceptos como espacio, paisaje, región y escala y los replantearán, desde el marxismo y el feminismo, como ya se mencionó. Dicha geografía cuestionará a la geografía cuantitativa y al uso del espacio en términos, absolutos, cartesiano y medibles. Dentro de la disciplina, David Harvey (1973), será el pionero en incorporar la cuestión social al análisis del espacio de manera más sistemática y utilizando categorías marxistas, para el análisis de lo urbano. El autor, dentro de las conclusiones del libro *Urbanismo y Desigualdad Social (Social Justice and the City)* de 1973, inicia el diálogo con el filósofo marxista Henri Lefebvre, mismo que se encontraba de igual manera reflexionando sobre el urbanismo y el espacio como producción social⁹, como dan cuenta Roberto Lobato (1998) y Verónica Ibarra (2004 y 2012).

Para la geografía crítica y radical, el espacio será entendido como una dimensión de lo social, que trascenderá la geometría y la distancia; alejándose de la concepción del espacio como contenedor o soporte de las corrientes cuantitativas, pasando a ser considerado un producto de procesos

⁹ Como da cuenta Ibarra, 2004 el filósofo francés había trabajado los problemas de la ciudad; entre ellos desarrolló una serie de teorías con respecto al espacio a partir del marxismo, para ser específicos en las obras: *El derecho a la ciudad* (1968), *De lo rural a lo urbano* (1970) y *Espacio y política* (1976). Mas tarde, el geógrafo inglés David Harvey, *Social Justice and the City*, podemos observar, en las conclusiones, que el autor inicia un diálogo con los postulados de Lefebvre, que continuran a lo largo de la década de los setenta y ochenta. (Ibarra, Lobato Harvey).

sociales (Ortega, 2000). Por lo que, la categoría de *espacio social*, desde la geografía marxista, será entendido como producto de las fuerzas productivas y relaciones de producción existentes en cada momento histórico; es decir se analizará como una producción de múltiples relaciones sociales y de sus transformaciones temporales. En este sentido Lefebvre, (1976) señala:

“El espacio no se puede decir que sea un producto como cualquier otro, un objeto o una suma de objetos, una cosa o una colección de cosas, una mercancía o un conjunto de mercancías. No se puede decir que sea simplemente un instrumento, el más importante de todos los instrumentos, el presupuesto de toda producción y de todo intercambio. Estaría esencialmente vinculado con la producción de las relaciones (sociales) de producción. [...] no en la producción en el sentido restringido de los economistas [...] sino la reproducción de las relaciones de producción.” (Lefebvre, 1976; 34).

El *espacio* dentro de la geografía, retomará los planteamientos del filósofo Lefebvre y los profundizará, será entendido como una totalidad de la realidad social, el *locus* de la producción y la reproducción social y fundamental para ésta, por lo que no será neutral, sino político, cultural, económico, signo y significado. En éste sentido Lefebvre, (1976) escribe:

“[...] la totalidad del espacio se convierte en el lugar de esa reproducción incluido el espacio urbano, los espacios de ocio, los espacios denominados educativos, los de la cotidianidad, etc” (Lefebvre, 1976; 34)

Por su parte la geografa feminista, Doreen Massey agrega, no sólo hay que considerar que lo espacial es un producción social, sino que los procesos sociales se producen necesariamente sobre el espacio. “No sólo lo espacial esta socialmente construido, lo social también está espacialmente construido.”(Massey, 2012:104).

Ahora bien la geografía feminista incorpora dichos planteamientos sobre el espacio y articula las relaciones de clase y de género en la producción del espacio. Afirmando, que las relaciones de género producen espacio y la producción de espacios produce relaciones de género. En este sentido Little *et al* (1988:2) en Garcia (2008), afirma que la geografía feminista:

“[...] examina como los procesos socioeconómicos, políticos, ambientales crean, reproducen y transforman no sólo los lugares donde vivimos, sino también las relaciones sociales entre hombres y mujeres que allí viven y, también, a su vez como las relaciones de género tienen

un impacto en dichos procesos y en sus manifestaciones en el espacio y en el entorno [...]” (Little et al, 1988:2 en García, 2008:27).

Como se mencionó antes, la geografía crítica y en específico, para este trabajo, la geografía feminista adquirirá un compromiso político y social con las problemáticas sociales, encaminadas a su transformación. Por lo que le interesa evidenciar y desarticular aquellas relaciones de poder patriarcal que coloca a las mujeres en situación de desventaja; y para este trabajo la violencia ejercida contra las mujeres a partir de la negación de sus derechos reproductivos y a una libre maternidad.

Del mismo modo, se coincide con lo planteado Karsten & Meertens, 1992 y Massey al afirmar que el espacio no sólo devela las dimensiones opresivas hacia las mujeres, pues también puede ser base de poder e identidad de las mujeres (Karsten & Meertens, 1992), en ese sentido Doreen Massey en Albet y Benach, 2012:276 , entiende el espacio como:

“[...] arena política, en que las relaciones de poder nos son reducibles únicamente a los poderosos sino que se visibilizarán también en la ausencia de poder y en las aspiraciones a un poder colectivo y verdaderamente democrático [...] Este espacio, múltiple y producto de las relaciones es, en consecuencia, algo que no está cerrado ni acabado, sino que está siempre en construcción, en constante proceso de formación [...]” (Albet y Benach, 2012:276)

En el apartado anterior podemos observar cómo la autora define el espacio a partir de las relaciones de poder que de su reproducción emanen, *“el espacio es político e ideológico. Es una representación literalmente plagada de ideología”*(Lefebvre, 1976), sin embargo, afirma que el poder no sólo será de los poderosos, sino que también de aquellos y aquellas que buscan una transformación. Para nuestro trabajo por tanto será de suma importancia evidenciar a las feministas que han luchado para transformar las condiciones de subordinación de la mujer, en específico como gracias a sus luchas hemos avanzado en un mayor reconocimiento de nuestros derechos reproductivos y a una libre maternidad. Este ejercicio será abordado en el Capítulo 2 de este trabajo.

Producción de espacios libres de violencia para las mujeres.

Para hablar de espacios libres de violencia, primero habrá que afirmar que existen espacios en donde se manifiesta la violencia contra las mujeres. Dentro de esta investigación, se afirma que existen espacios en el país y en la Ciudad de México donde se produce violencia contra las mujeres, al no garantizar el cumplimiento de derechos reproductivos y a una libre maternidad. Así mismo, en este trabajo se afirma que existen espacios donde se produce violencia contra las mujeres, al incumplir e ignorar la legislación en materia de derechos reproductivos, aunado a la impunidad por dicha violencia.

Previamente es necesario señalar que para este trabajo, será de suma importancia el trabajo realizado por la Dra. Angélica Damián, misma que en México será pionera en analizar la problemática de la violencia contra las mujeres, desde la geografía, e incorporando la categoría de *espacio como producción social*, por lo que se retomará el concepto de producción de *espacios libres de violencia*, propuesto en su tesis doctoral (Damian, 2016; Damian, 2010).

La Dra. Damián afirma que *la producción de espacios libres de violencias* es un proceso en el que se llevan a cabo acciones jurídicas, políticas, culturales, económicas, ideológicas y sociales impulsadas principalmente desde el feminismo, quien presiona y hace corresponsable a los Estados para que las mujeres cuenten con el derecho a una vida libre de violencia, y con base en dicho conjunto de acciones se cambien sus condiciones de vida (Damián, 2016). Dicho concepto permitirá señalar, desde dónde y cómo se ha intervenido, las acciones, así como los actores involucrados en el largo proceso del reconocimiento de los derechos reproductivos y la libre maternidad para las mujeres, remarcando siempre la importancia del trabajo feminista en distintos ámbitos y escalas.

Por otro lado, la Dra. Damian, respecto a la violencia contra las mujeres, afirma:

“La violencia contra las mujeres se denuncia, se nombra, se delimita espacial y temporalmente, y da seguimiento y análisis a las acciones dirigidas a su prevención, atención sanción y erradicación, e identifica las responsabilidades en el proceso de la producción de un espacio libre de violencia para la mujer.” (Damián, 2016; 27)

Por tanto, partimos de nombrar la violencia ejercida contra las mujeres al no garantizar su derechos reproductivos y a una libre maternidad. Pues si bien la Ciudad de México, actualmente se muestra en la vanguardia, en cuanto a la publicación y armonización legal de los derechos de las mujeres; tan sólo en 2016^o se ubicaba en el 6to lugar con 13,387 nacimientos de madres de menos de 19 años. Del mismo modo, ocupa el 6to lugar en nacimientos de madres menores a 15 años, con 235 nacimientos (INEGI, 2016).

Aunado a lo anterior, Raffaella Schiavion y Deyanira Gonzáles de León (2017) señalan que dentro de los retos del servicio de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en la Ciudad de México se encuentran la necesidad de garantizar el acceso temprano al servicio, puesto que las mujeres más vulnerables (empobrecidas, menos educadas y las más jóvenes) tienen mayor riesgo de llegar tarde a los servicios y también de no recibirlos, por el límite legal de 12 semanas de gestación. Por lo que para este trabajo, serán manifestaciones claras de violencia contra las mujeres.

Por otro lado, la geografía feminista también se encargará de demostrar cómo y dónde se produce espacios de violencia contra las mujeres. Por lo que afirmamos que la violencia ejercida contra las mujeres no sólo se manifiesta en el espacio, sino que es producida y perpetuada por actores sociales en el espacio y a distintas escalas: la nacional, estatal, en la municipal, en las alcaldías, antes delegaciones y en lo local, por lo que también se hace necesario definir que se entiende dentro de la geografía como *escala*.

Escalas.

Los seres humanos organizamos y realizamos nuestras actividades y la forma en que comprendemos el mundo de manera jerárquica, en escalas; los hogares, las comunidades, lo local, estatal, lo nacional, son ejemplos de ello.

Dentro de la visión tradicional de la geografía, se había optado por entender la escala en su dimensión cartográfica, es decir, como la relación entre lo real y su representación gráfica.

^oSi bien, no es el objetivo de este trabajo hacer una crítica a las estadísticas con perspectiva de género, cabe señalar que actualmente se ha avanzado en la publicación de dichas estadísticas, sin embargo, sigue existiendo rezago de información pues no se encuentra desagregada, ni cuenta con un período prolongado de publicación para un posterior análisis y comparación.

Grataloup (1979) hará una crítica a la forma en que se ha utilizado la escala cartográfica, dentro de la tradición geográfica, al señalar que, en muchas ocasiones, los mapeos serán empíricos, pues el mapa no pasa por un estudio conceptual; por tanto los mapas no son estrictamente geográficos, ya que sólo se remiten a localizar un fenómeno, y la geografía no se reduce al estudio de la localización (Grataloup (1979) en Elias de Castro, 1995).

Sin embargo, como se mencionó en apartados previos la categoría de *escala* dentro de geografía crítica será reformulada y planteada desde el materialismo histórico, entendida como una producción social. En este sentido Grataloup (1979) señala que la escala, conceptualizada desde la geografía crítica, tendrá como objeto de análisis “*el espacio social, o sea, el modo de existencia espacial de las sociedades*” (ibidem, 1995:138). Dentro de la geografía crítica, se partió de afirmar que el espacio geográfico se encuentra diferenciado en patrones complejos, si bien en un inicio fue dado a partir del entorno natural; actualmente el paisaje bajo la influencia del capital responderá a sus necesidades, en este sentido Smith, explica:

“[...] la diferenciación geográfica contemporánea, aunque conserva vestigios profundamente entrelazados con modelos de diferenciación previos, basados en la naturaleza, viene impulsada cada vez más **por una dinámica social fundamental que emana de la estructura del capitalismo** [...]”. Esta dinámica supone la progresiva división del trabajo en diferentes escalas, la centralización espacial del capital en ciertos lugares a expensas de otros, la evolución de un patrón de tarifas salariales espacialmente diferenciado, el desarrollo de unos patrones de rentas del suelo que son marcadamente desiguales en el espacio, las diferencias de clase y así sucesivamente.” (Smith, 2012, p. 144)

La diferenciación espacial, será traducida en escalas, marcadas y acentuadas por el capital, por lo que se plantea más que sólo identificar las escalas, ir a un segundo nivel y explicar el origen de dichas escalas. Es decir, se plantea el uso de las escalas como una herramienta de análisis de la realidad espacial social:

“El examen del mundo en una escala particular revela inmediatamente toda una serie de efectos y procesos que producen diferencias geográficas en los modos y niveles de vida, en el uso de recursos, en las relaciones con el medio ambiente, y en las formas culturales y políticas. [...] Los procesos de diferenciación son, tanto ecológicos y sociales como puramente económicos. Aunque las variaciones geográficas reflejan e incorporan, por lo

⁴Desde la geografía feminista, complementamos afirmando que los espacios diferenciados vendrán impulsados cada vez más por una dinámica social emanada del capitalismo y de un sistema patriarcal. Ambos se refuerzan y complementarán.

tanto, legados materiales, históricos, culturales y políticos del pasado, es un grave error suponer que se mantienen relativamente estáticas y mucho menos inmutables.” (Harvey, 2012, pp. 98-99)

Para el autor lo que sucede en una escala no puede entenderse fuera de las relaciones articuladas que existen en las distintas jerarquías de escala. La geografía crítica plantea, por tanto, realizar una conexión entre distintas escalas de análisis de los fenómenos sociales. Es decir, cuando analizamos el problema de los derechos sexuales y reproductivos, no sólo nos limitaremos a localizar en dónde o a qué escala se manifiesta la problemática, sino a entender que dicha escala en la que se manifiesta un fenómeno social, (el no acceso a derechos reproductivos y a una libre maternidad) se interconectará con otras escalas que perpetuarán o ayudarán a modificar el fenómeno social.

Partimos a su vez por entender que dichas escalas de análisis no son fijas y al ser una construcción social, se podrán modificar. Smith, (2002) en ese sentido señala, *“No hay nada ontológicamente dado sobre la división tradicional entre hogar y localidad, escala urbana y regional, nacional y global. La diferenciación de las escalas geográficas establece y se establece a través de la estructura geográfica de interacciones sociales[...]*” (Smith, 2002:141).

Por tanto, cuando decimos que el no acceso a derechos reproductivos y a una maternidad libre, la podemos evidenciar en distintas escalas, también afirmo que, dichas escalas, se encontrarán interconectadas y responderán a interacciones sociales específicas en el espacio.

A continuación se muestra una tabla con los embarazos adolescentes a diferentes escalas, con información de OCDE, CONAPO e INEGI.

Número de mujeres menores a 19 años han tenido hijos y Tasa de fecundidad de adolescentes¹²(de 15 a 19 años). Según escala de la problemática.

Escala	Indicadores de Embarazo adolescente a nivel regional, nacional, estatal, y municipal.
Regional: América Latina y el caribe y América del Norte	<p>Según el último informe para <i>Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe</i>¹³, publicado por la Organización Panamericana de la Salud y la UNICEF. La región de <i>América Latina</i> y el Caribe cuenta con una tasa de fecundidad en adolescentes de 66.5 nacimientos por cada mil mujeres en el grupo de 15 a 19 años durante el período de 2010-2015. Sin embargo, dentro de la región existen casos extremos como <i>República Dominicana</i> con 100.6 embarazos en el mismo rango antes mencionado y <i>Guayana</i> con 90.1 nacimientos por cada mil mujeres.</p> <p>La región de América del Norte su tasa de fecundidad es 28.3 nacimientos, en dicha región se encuentra México y su tasa de fecundidad es de 66 nacimientos, alcanzando los mismo niveles que América Latina y Caribe, para el período de 2010-2015.</p> <p>INEGI, desagrega el número de nacimientos por año, sólo a nivel nacional, estatal y municipal, por lo que no permite hacer un comparativo Regional a nivel América Latina.</p>
Nacional	<p>El informe antes mencionado menciona que del período de 2010 a 2015 México tenía 66 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años. Sin embargo, los datos más actualizado dan cuenta que la Tasa de fecundidad en adolescentes, aún representa un grave problema. La tasa de fecundidad en adolescentes en 2014, según Conapo, con base en <i>la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica</i>¹⁴, da cuenta que la tasa se ubicaba en 77.04 y la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes¹⁵ (ENAPEA) en su Informe 2017, señala que la tasa en 2015 se ubicaba en 74.4 nacimientos.</p> <p>INEGI, desagrega el número de nacimientos por año, a nivel nacional, estatal y municipal¹⁶.</p>

¹²La tasa de fecundidad de adolescentes se calcula: El número de mujeres de 15 a 19 años, sobre el número de nacimientos de adolescentes de 15 a 19 años por 1000.

¹³ OPS, UNFPA, UNICEF (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Informe de consulta Técnica. 29 y 30 de agosto de 2016 en Washington, D.C., Estados Unidos de América. Consultado 15 de agosto de 2018. En línea: [https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP(1).pdf)

¹⁴ CONAPO, Tasa Global de Fecundidad y Tasa de Fecundidad Adolescente, 2009 y 2014. Consultado el 17 de septiembre de 2018. En línea: http://www.conapo.gob.mx/ES/CONAPO/Tasa_Global_de_Fecundidad_y_Tasa_de_Fecundidad_Adolescente_2009_y_2014

¹⁵ CONAPO, 2017. Informes Ejecutivos de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2015, 2016 y 2017 (ENAPEA). En Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Consultado 17 de septiembre de 2018 En línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328094/Informe_Ejecutivo_2017_ENAPEA.pdf

¹⁶ INEGI, 2018. *Nacimientos registrados por Entidad Federativa, año de ocurrencia y edad de la madre*. Consultado 17 de septiembre de 2018 En línea: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp>

	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel nacional, el Instituto da cuenta que en 2016 hubo 4,882 nacimientos de mujeres de menores de 15 años • El número de nacimientos de mujeres de entre 15 y 19 años fueron de 252, 856 nacimientos.
Estatad	<p>Para la escala estatal la tasa de fecundidad es variable. Podemos observar cómo los estados con mayor tasa de nacimientos son los estados de Coahuila, (113.49), Nayarit (111.77), Zacatecas (105.49) y aquellos con menor se encuentran la Yucatán (59.99), Querétaro (52.83), mientras que la tasa más baja a nivel nacional se encuentra la Ciudad de México, con 51.89 nacimientos. Cabe mencionar que las últimas cifras actualizadas y desagregadas por estado son de 2014, proporcionadas por CONAPO.</p> <p>Por su parte las estadísticas consultadas en INEGI, muestran el número de nacimientos en cada estado de la República, por lo que podemos observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estados con número de nacimientos de mujeres menores de 15 años durante 2016, fueron: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estados de mayor número de nacimiento: Estado de México (487), Veracruz (315) y Puebla (296). ○ Estados con menor número de nacimientos fueron: Baja California Sur (40), Campeche (32) y Colima (22) • Los estados con mayor número de nacimientos de mujeres de entre 15 y 19 años fueron: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estados con mayor número de nacimientos: Estado de México (33,406) Jalisco (17,483) y Puebla (13,979). ○ Estados con menor número de nacimientos: Colima (1,660), Campeche (1,598) y Baja California Sur (1,522)
Municipal.	<p>No se logró identificar estudios o estadísticas en México que den cuenta de la tasa de fecundidad en adolescentes de manera desagregada en cada municipio del país.</p> <p>El trabajo se centra en la Ciudad de México, por lo que se desagregará a nivel alcaldía sólo en la Ciudad de México. Donde se observan los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de nacimientos de menores de 15 años en la Ciudad de México, para el año 2016, fueron 235; las delegaciones que encabezan el mayor número de nacimientos son: Gustavo A. Madero (40), Iztapala (30), Miguel Hidalgo (46); por parte de las delegaciones que presentaron menor número de nacimientos

	<p>se encuentra Milpa Alta (2) Cuajimalpa (2) y Coyoacan (2).</p> <ul style="list-style-type: none"> • El número de nacimientos de entre 15 a 19 años fue de 13,387. Las delegaciones que encabezaron el mayor número de nacimientos en dicho rango de edad fueron Iztapala (2,147) Gustavo A. Madero (2,056) y Miguel Hidalgo (1,720); y aquellas de menor nacimientos fueron Cuajimalpa (51), Coyoacan (146) y Milpa Alta (156).
--	---

Como se mencionó en párrafos previos, actualmente la geografía no se limita a localizar en un mapa los fenómenos sociales. Por lo que la categoría de *espacio geográfico* ayuda a entender los elementos que interactúan y producen un fenómeno social en el espacio y cómo el espacio produce e interactúa con el fenómeno social.

Respecto a los *elementos del espacio*, el geógrafo Milton Santos (1986), afirma que el espacio será una instancia de la sociedad, es decir en tanto que el espacio contiene y está contenido por las demás instancias, económica, político-cultural y lo cultural ideológico, las instancias serán la esencia del espacio social.

Para Santos (1986) “*El espacio debe ser considerado como una totalidad, a modo de la propia sociedad que le da vida*”. Sin embargo propone se divida y analice según los elementos del espacio;

- los hombres [seres humanos]; entanto que suministradores de trabajo;
- las empresas e instituciones; las demandas de cada individuo como miembro de la sociedad es satisfecha en parte por las empresas y en parte por las instituciones. Las empresas tienen como función esencial la producción de bienes, servicios e ideas. Por su parte, las instituciones producen normas, órdenes y legitimaciones;
- el medio ecológico; el medio ecológico es el conjunto de complejos territoriales que constituyen la base física del trabajo humano;
- las infraestructuras; el trabajo humano materializado y localizado en forma de casas, plantaciones, caminos, etc.

Partiendo de lo dicho por el autor, a partir de una geografía feminista se analizarán los derechos reproductivos de las mujeres, el papel de la lucha feminista y el papel de las instituciones del gobierno mexicano, poniendo especial énfasis en la Secretaría de Salud, y en la producción de espacios libre de violencia para las mujeres.

Capítulo 2. La lucha feminista por los derechos reproductivos y una maternidad libre en México.

¿Qué son los derechos reproductivos?

Antes de empezar quisiera aclarar que en este trabajo sólo me remitiré a hablar de derechos reproductivos, sin embargo se reconoce que los derechos reproductivos tienen una estrecha relación con los derechos sexuales, pues permiten entender la sexualidad más allá de la reproducción, sin embargo dado que el tema de este trabajo se relaciona con el derecho a decidir sobre una maternidad libre, solo me concentraré en los derechos reproductivos y mencionaré de manera muy general los derechos sexuales.

Definir conceptualmente qué significan los derechos reproductivos, dentro de este trabajo nos permite evidenciar su dimensión política pues, al igual que usar el término de *género* en lugar de *feminismos* dentro de la geografía, como se mencionó en párrafos previos, el uso del concepto de *salud reproductiva* referirá un término institucionalizado y regulado por la Organización Mundial de Salud y en algunas ocasiones vacío de contenido; en cambio, los *derechos reproductivos* tienen su origen en la lucha feminista y su posterior cabildeo en la arena política internacional.

Distintas autoras refieren que el término “derechos reproductivos” tiene un origen reciente, pero sus raíces se vinculan a las luchas feministas del siglo XIX que, al unirse en torno a conseguir derechos civiles como el derecho al voto, educación, salarios dignos, empezarán a reflexionar de manera colectiva problemas comunes en el ámbito privado como: la violencia familiar, problemas relacionados a la necesidad de controlar la reproducción e inician reflexiones en torno a su sexualidad (Figueroa, 1999; Correa & y Petchesky, 2001; Sánchez Olvera, 2009; Católicas por el Derecho a Decidir, 2011).

Sonia Correa y Rosalind Petchesky (2001) ubican los primeros movimientos feministas por el control de la natalidad en 1830 con las socialistas Owenianas en Inglaterra, quienes apelaron a las *ideas de integridad corporal y autodeterminación sexual*, es decir a su derecho a poder “*decidir si, cuándo, y cómo tener hijos*” (Chesler 1992; Gordon 1976; Huston 1992; Jayawardena 1993; Ramusack 1989; Weeks 1981 en Correa & y Petchesky, 2001:3). Por otro lado, las autoras refieren que el concepto de *derechos reproductivos* es un término que pudo haberse popularizado

en Estados Unidos, con la fundación de la *Red Nacional por los Derechos Reproductivos de las Mujeres* (RNDR)¹⁷ en 1978, fundación que se crea a partir del debate en torno al aborto en el condado de Texas. La Red, llevará el concepto a foros internacionales en favor del aborto y la libre reproducción; más tarde, en 1984, en la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud, celebrada en Ámsterdam en 1984, se adopta de manera oficial el término *derechos reproductivos*, así mismo, la campaña cambia su nombre por el de Red Global de las Mujeres por los Derechos Reproductivos (RGMDR).

La definición original sobre derechos reproductivos, empleada en la RGMDR hacía referencia al derecho a decidir si tener hijos, cuántos tener y el momento para ello; destacando que no se puede hacer diferencia en el ejercicio de tales derechos en función de sexo, etnia, nacionalidad o alguna otra característica de la persona (Figuroa, 1999). Por lo anterior, se reconoce que los derechos reproductivos será un concepto teorizado desde las luchas feministas, sin embargo, será un concepto que aún se encuentra en construcción y refinamiento por activistas, investigadoras e investigadores y especialistas en el campo de los derechos humanos.

No obstante, lo dicho anteriormente y a fin de dar una definición más extensa para este trabajo, haremos referencia a los acuerdos internacionales del Cairo (1994) y Beijín (1995), para tener una aproximación más consistente sobre los derechos reproductivos, mismos que son entendidos como¹⁸:

- El derecho a los más altos niveles de salud reproductiva y sexual.
- El derecho a tomar decisiones sobre su reproducción libre de discriminación, coerción o violencia.
- El derecho de todas las parejas e individuos a decidir de forma libre y responsable el número, espaciamento y tiempo de nacimiento de sus hijos, y disponer de la información y los medios para lograrlo;
- El respeto absoluto a la integridad física del cuerpo humano.

¹⁷ La Red Nacional de Derechos Reproductivos se formó en 1978 en respuesta al debate sobre el aborto, en EUA a partir del caso Roe contra el fiscal Wade, del condado de Texas. Eventualmente incluyó alrededor de 50 organizaciones feministas y se dedicó a hacer elecciones reproductivas disponibles para todas las mujeres. RNDR hizo campaña por abortos seguros; por el derecho de las parejas homosexuales a adoptar y criar hijos; y contra la esterilización de madres pobres o "no aptas". Se disolvió en 1984 (Corre & Petchesky, 2001).

¹⁸ Los derechos reproductivos y sexuales fueron sistematizados en el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo, 1994, ampliados en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer, Beijing, 1995.

- El derecho a la información y a los servicios necesarios, asegurando una confidencialidad absoluta.
- Estos derechos también los gozarán las y los adolescentes, así como a todas las personas que han concluido su vida reproductiva.

En resumen, los derechos reproductivos serán todos aquellos “*derechos básicos de las personas y parejas que se vinculan a su libre ejercicio de la reproducción humana, independientemente de la edad, condición social, raza y religión.*” (Sánchez, 2009, p. 267). Así mismo, gracias a la lucha feminista podemos dar cuenta como actualmente son reconocidos como derechos humanos y ratificados en distintos países incluyendo México a través distintas conferencias y acuerdos internacionales.

Si bien Figueroa (1995), considera que la discusión y defensa en torno a los derechos ha pasado por tres etapas: la de planificación familiar; la de salud reproductiva y finalmente el empoderamiento de la mujer y justicia social;

“La primera de ellas es el movimiento de planificación familiar que lucha por superar las barreras legales, culturales y religiosas que impiden a los individuos recurrir a medios por controlar su fecundidad. La segunda, denominada salud reproductiva, no sólo se basa en el control de la fecundidad no deseada, sino que considera la "habilidad" de la persona y de la población para reproducirse, para regular su fecundidad y para practicar y disfrutar sus relaciones sexuales; la tercera etapa se denomina "empoderamiento de la mujer y de la justicia social". Se basa en un concepto trascendente de justicia social y de respeto a la dignidad de las mujeres en áreas no restringidas a la salud reproductiva; ese proceso de adquisición de poder por parte de la mujer incluye la autodeterminación reproductiva como parte y como un medio más que como un fin en si mismo” (Figueroa, 1995; 25, en Sánchez, 2009)

En este trabajo partimos de considerar que la discusión en torno a los derechos reproductivos parte de una lucha que han librado las mujeres desde el siglo XIX a nivel internacional, de manera organizada; y que, por su parte, las mujeres mexicanas han peleado, de manera organizada y politizada por sus derechos a una libre reproducción desde inicios del siglo XX. Aunado a lo anterior, reconocemos que dicha discusión irá de la mano de políticas demográficas implementadas por los gobiernos mexicanos, por lo que se considera además de las etapas señaladas por Figueroa (1995), algunas más para enmarcar la lucha por derechos reproductivos en México. Estas etapas serán cinco:

1. En México el movimiento feminista durante el inicio del siglo XX se caracteriza por luchar por derechos civiles; el que más se destaca será el sufragio. Sin embargo, las organizaciones de mujeres de la época, también incluirán entre sus demandas; la maternidad libre y voluntaria, así como demandas a favor del aborto. A esta etapa, en este trabajo se optó, por denominarle de *control natal*.
2. La segunda etapa, hace referencia a una *etapa de políticas demográficas pronatalista*; en esta etapa podemos observar las primeras intervenciones del Estado en las políticas públicas a favor de la natalidad, pero también se incluyen políticas progresistas a favor de la mujer, frutos del movimiento feminista y de mujeres durante el movimiento revolucionarios, aproximadamente de 1930 a 1970.
3. La tercera etapa, coincidiendo con Figueroa (1995), será de políticas de planificación familiar; caracterizada por la intervención de Estado, pero ahora a favor del control natal. Se señalará su origen y las demandas de los movimientos feministas de la época a partir de la década de 1970.
4. La etapa de salud reproductiva, por su parte en México la observamos a partir de la Conferencia Internacional de Beijing de 1994 que propicia que en las políticas mexicanas se utilice el concepto de *Salud reproductiva*.
5. Finalmente, lo que Figueroa (1995) denomina de *justicia social*, en este trabajo no consideramos que sea una etapa en la que se encuentre el país; pero consideramos que, a partir de esta nueva construcción de los derechos reproductivos enmarcados en la justicia social, podría ser un principio para poder analizar y dar posibles soluciones a problemáticas tan complejas como la reproducción y la maternidad libre. Así mismo, es necesario señalar que el actual periodo en que se encuentran los movimientos sociales y los movimientos feministas, será un momento de resistencia, pues el capitalismo ha avanzado y muchas de las grandes conquistas en materia de derechos humanos y para el adelanto de las mujeres se ven amenazadas, por lo que los movimientos sociales se encuentran resistiendo y defendiendo los ya existentes.

A partir de las etapas referidas, partiremos para abordar los antecedentes de los derechos reproductivos en México intentando resaltar el papel de la lucha feminista para conseguirlos.

Las luchas feministas y los movimientos por los derechos reproductivos.

“No fueron las primeras fueron las que alcanzaron la historicidad”

Francesca Gargallo

Control de la natalidad.

El deseo y necesidad de las mujeres por regular su reproducción puede ser tan antiguo como la misma humanidad. Si bien, muchas autoras y autores dan cuenta que los movimientos a favor de los derechos reproductivos y sexuales en México surgen en la década de los setenta es de interés de este trabajo hacer evidente que el movimiento feminista en México, por lo menos desde inicios del siglo XX, entre sus planteamientos principales siempre ha estado el derecho a una maternidad libre y voluntaria. Por tanto, en este apartado señalare algunos acontecimientos relevantes de principios del siglo que se consideran como los primeros intentos, de manera organizada, de las mujeres mexicanas por defender una reproducción libre.

Antes y durante la Revolución Mexicana las mujeres participaron activamente desde distintos frentes y con distintos rostros, defendieron los ideales de Nación planteados en la Revolución; como campesinas, maestras, enfermeras, esposas, disfrazadas de hombres, obreras etc; y desde distintitos movimientos políticos e ideológicos formados rumbo a la revolución: magonistas, maderistas, zapatistas y villistas. Por tanto, su participación les ayudó a romper conductas tradicionales y a hacerlas participes de la producción de espacios más justos, para ellas y para el país; constituyendo una época en que inicia la consolidación⁹ de los primeros movimientos organizados de mujeres y primeros intentos por develar las injusticias sociales cometidas contra ellas (Tuñon, 2011; Espinoza & Lau Jaiven, 2011).

Una vez concluida la revolución, las mujeres se organizan para denunciar la violencia y demandar derechos civiles tales como: el acceso a la educación, la salud, la vivienda y el sufragio; cuestionando las relaciones de poder y las desigualdades sociales que existían en la sociedad y en las familias mexicanas de la época. Por lo que, en el marco de la lucha por el sufragio femenino y del Primer Congreso Feminista de 1916 en Mérida, Yucatán, Hermila Galindo emite su conocido discurso *La mujer del porvenir*, donde entre otros temas, retoma la

⁹ Porque se sabe que, a finales del siglo XIX, las mujeres se encontraban organizadas y luchando por mejores condiciones de vida, pero de manera fragmentada. Ver Tuñon, 2011.

importancia de la educación sexual, fisiológica y de los cuidados higiénicos de las mujeres, como parte integral para su emancipación. Para este trabajo serán los primeros indicios de la reflexión, de manera pública y organizada en torno a la reproducción de las mujeres mexicanas (Tuñón & Matinez, 2017).

Del mismo modo, el gobierno de Yucatán de 1919 a 1923, encabezado por el socialista Felipe Carrillo Puerto y su hermana Elvira Carrillo Puerto, formarán la Liga Feminista, que condujo una campaña ética, encaminada a hacer desaparecer los vicios que afectan a la sociedad como las drogas, el alcohol y la prostitución, así como campañas de alfabetización a las mujeres campesinas. Así mismo, influenciados por el movimiento feminista radical a favor del *control natal* de Estados Unidos, apoyaría la educación sexual de las mujeres y la anticoncepción, como medio para mejorar las condiciones de subordinación de la mujer (Sánchez, 2009; Cano, 1996).

Según da cuenta Alma Rosa Sánchez Olvera (2009), en el Gobierno de Carrillo Puerto se pondrá especial interés en *el control natal*, por lo que se distribuyó el folleto “*La regulación de la natalidad o la bruja del hogar*”, dirigido a los recién casados, escrito por Margaret Sanger, feminista socialista y principal representante del movimiento de control de la natalidad en EUA. En dicho folleto se sostiene que los nuevos nacimientos, deberán ser resultado de una elección “*inteligente y amorosa, nunca resultado ocasional de la pasión*”, por lo que “*la mujer debe hacer uso de su derecho a negarse a poblar la tierra de esclavos y a llenar el mercado de niños explotados*” (Sanger, 2016; 23)⁹⁰.

En 1923, el gobierno de Carrillo Puerto invita a Sanger a establecer clínicas de control de la natalidad, pero no pudo asistir, mandando en su lugar a la Sra. Anne Kennedy a Yucatán. A partir de ello se establecen dos clínicas una el Hospital de la Mujer y Niños de Mérida y otra en la zona de prostitutas, con el fin de erradicar el alto índice de enfermedades venéreas en Yucatán como da cuenta Sánchez, (2009) y Buck (2001)⁹¹. Con el asesinato de Carrillo Puerto en 1924, desaparecen los programas y los avances fueron olvidados.

⁹⁰ Margarita Sanger, (2016) *La regulación de la natalidad o la bruja del hogar. (Medios seguros y científicos para evitar la concepción)*. Reimpresión a la versión de 1922. En línea: <https://sangerpapers.files.wordpress.com/2016/01/la-bru3ajula-del-hogar.pdf>

⁹¹ Sarah A. Buck, (2001). El control de la natalidad y el Día de la Madre: política feminista y reaccionaria en México 1922-1923. En línea: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/signos-historicos/article/viewFile/21748/19377>

Cabe recalcar que dichas iniciativas, en México, no contemplaban el control natal como un medio para regular el tamaño de la población sino como un instrumento dirigido a mejorar la situación de la mujer (Cano, 1996; Sánchez, 2009). Se hace la aclaración dado que existe un debate interesante en torno al alejamiento de Margaret Sanger de su posición socialista y su posterior reivindicación de posiciones eugenésicas, mismo que no tocamos en este trabajo pero es muy importante recordar, pues para 1925 las organizaciones estadounidenses que luchaban a favor del control natal ya se encontraban influenciadas por movimientos eugenésicos y el alejamiento de la visión socialista era inminente, como dan cuenta distintas autoras (Tuirán, 1988 en Sánchez, 2009; Davis, 2005), aquí destacamos la crítica de Sarah A. Buck (2001):²²

“Las organizaciones socialistas y feministas, así como las dependencias gubernamentales que distribuían el panfleto de Sanger, dirigieron su propaganda hacia el proletariado, con el objetivo expreso de ayudar a las mujeres proletarias y a sus familias a mejorar su nivel de vida. Si bien estos propósitos reflejaban sentimientos sinceros, me parece que es importante reconocer que estas motivaciones iban aparejadas a tendencias y supuestos paternalistas, clasistas, etnocéntricos y racistas y estaban medidas por ellos. Las feministas y los reformadores sociales tenían la intención de ayudar a sus beneficiarios a alcanzar lo que consideraban un estándar de vida más alto y un estilo de vida más agradable. Sin embargo, la visión que tenían las feministas y los reformadores, tanto del progreso como de la modernidad, no concordaban necesariamente con las ideas de los yucatecos rurales o de otros mexicanos que constituían la mayoría de las masas, y quienes los reformadores clasemedios imaginaban conformaban un "proletariado" nacional." Así, el trabajo de las feministas y de los reformadores a menudo representó a los miembros de un grupo en el intento por imponer sus puntos de vista y prácticas a otro grupo social, que consideraban como retrógrado y como una base indeseable para la formación de un Estado social moderno.” (Buck, 2001, p. 16)

Así mismo, dentro de los movimientos progresistas a favor de la mujer de principios del siglo XX, también podemos destacar una corriente marxista feminista, de 1929²³; en la cual participaron las doctoras Ofelia Domínguez Navarro y Mathilde Rodríguez Cabo exigiendo la despenalización del aborto; Mathilde Rodríguez Cabo, quien fuera comisionada por el gobierno mexicano para estudiar la protección que otorgaba a la madre y al niño por el gobierno de la URRS, en 1929

²² Sanger gracias al financiamiento de la fundación Rockefeller logra financiar la creación de la *International Planned Parenthood Federation*. Ver *Racismo, control de la natalidad y derechos reproductivos* de Ángela Davis (Davis, 2005) y The Rockefeller Foundation a Digital History. *Family Planning*. Consultado en línea 29/08/2018. URL: <https://rockfound.rockarch.org/family-planning>

²³ Cesar Ducharme, miembro del Partido Comunista, en 1929 aboga por “abortos gratuitos en los hospitales públicos”, así mismo exigió castigo a aquellas personas que practican abortos forzosos, y que se liberara a las mujeres consignadas por realizar esa practica, Núñez Cetina (2012), da cuenta como las parteras era las más sancionadas durante la época, más que las mujeres que abortaban pues sólo llegaban a los tribunales por cauda de alguna complicación o por alguna denuncia.

informó al Departamento de Salubridad Pública del Distrito Federal, la reglamentación sobre el aborto que existían en el país soviético; señalando que “*se da a la mujer rusa [...] la posibilidad de controlar a su gusto las funciones de reproducción que en los países capitalistas casi es exclusiva de la mujer burguesa*”(Cano, 1990:380)

Las corriente marxista-feminista, de la época, exigen la despenalización del aborto bajo la argumentación *de ser un problema social* pues consideran que un factor para que la mayoría de las mujeres aborten es el económico, al no contar con recursos para mantener un embarazo; por lo que se ven en la necesidad de interrumpirlo recurriendo a personal no especializado, poniendo en riesgo su vida. Es decir que, en tanto que problema social, atañe **a salubridad pública** y no al derecho penal; por lo que Ofelia Domínguez Navarro y las marxistas feministas de la época, apelaran por la despenalización del aborto como parte de un programa de salubridad pública y de justicia social que deberá incluir la presencia y conocimiento de los métodos anticonceptivos, los cuales deberán estar garantizados por el Estado.

Dicha exposición tendrá escaso eco, pues en ese año el Código Penal se reforma y nutriéndose de postulados de la escuela positivista, redefiniendo el aborto como “*la extracción del producto de la concepción o a su expulsión provocada por cualquier medio, sea cual fuere la época de la preñez, con objeto de **interrumpir la vida del producto***” (Código Penal, 1929), haciendo explicito que el bien que se protege *es la vida*, modificación *discursiva* que tendrá consecuencias hasta hoy en día, pues en el primer Código Penal de 1871²⁵, para efectos penales, la definición de aborto no incluía dicha frase: “*la extracción del producto de la concepción, y a su expulsión provocada por cualquier medio, sea cual fuere la época de la preñez; siempre que esto se haga sin necesidad*” (artículo 569, Código Penal, 1871), y consideraba dos causas de excepción: peligro de vida de la madre y el que el aborto ocurriera sólo por la culpa de está.

Pese a lo anterior, distintos autores señalan que los planteamientos de la Dra. Matilde Cano, tendrán repercusiones hasta 1931, cuando se reforme el Código Penal del Distrito Federal y se adicione un supuesto más a los abortos no punibles: *cuando el embarazo fuere resultado de una*

violación; adición que representará un gran logro en términos de garantizar justicia a las mujeres violentadas.

La estrategia de las feministas de la época será vincular el problema que implicaba el control de la natalidad a las luchas de las mujeres por la emancipación social y política. Así mismo, podemos señalar que dicha reflexión se encuentra concatenada con un contexto que propicia la incorporación de las mujeres a la vida pública; durante la década de los treinta cada vez más mujeres se incorporan a la escuela y al ejercicio de algunas profesiones como: maestras, enfermeras y obreras en fábricas textiles y cigarreras (Tuñón, 2011).

Corriente eugenésica en el Departamento de Salubridad de la Ciudad de México durante la década de los treinta.

En otro tenor, haremos un pequeño paréntesis para hablar de la participación del sistema de salud en la intervención de la salud reproductiva de la mujer durante la primera mitad del siglo XX. Es importante recordar que durante este periodo el Estado mexicano, al igual que el gobierno de Carrillo Puerto en Yucatán, buscaba combatir problemas como el alcoholismo, drogadicción, las enfermedades venéreas, la prostitución, el aborto, la mortalidad infantil y materna, hasta las enfermedades mentales. Sin embargo, dentro del gobierno, en específico en el Departamento de Salubridad, se desarrollará un sector con una posición conservadora.

Si bien el gobierno cardenista pone en marcha un proyecto médico-higiénico y de puericultura a nivel nacional, cuyo propósito fue mejorar la calidad higiénica de la población, poniendo énfasis en el cuidado materno y el mejoramiento de las condiciones sociales; no se puede negar que existió un grupo de médicos con clara inspiración en la eugenesia, misma que también traerá consecuencias para las mujeres y la visión de estas en el Departamento de Salubridad; pues, aunque, la orientación de la eugenesia[»] y de la higiene mental en México no se manifestó en medidas extremas, algunos “investigadores eugenesias” adscritos al Departamento de Salubridad sí promovieron activamente la puesta en marcha de campañas de esterilización, para evitar la

[»] Beatriz Horcasitas (2003), recuerda que la influencia de corrientes eugenésicas se sabe que fue durante el Porfiriato pero se desarrollara con mayor auge en el sector salud, durante el periodo pos revolucionario. Será una corriente biologista, que afirma que los caracteres biológicos de cada persona determinan su posición social y los positivistas más conservadores de la época adoptarán esta posición para justificar la realidad mexicana (Horcasitas, 2003).

degeneración social y las problemáticas sociales antes mencionadas, como da cuenta Beatriz Horcasitas (2003).

Las políticas públicas de salud inspiradas en la puericultura eugenésica, por un lado, favorecieron la salud materno-infantil mediante la difusión de prácticas ginecológicas modernas y abriendo incluso un espacio a la discusión de temas relacionados con la educación sexual, la maternidad responsable, la anticoncepción, el aborto, y en ocasiones el divorcio; y por otra parte, proponían una visión esencialista de la mujer, pues supeditaban su posición al ámbito doméstico, a partir del matrimonio y una vez dentro de, al de la reproducción y cuidados.

Horcasitas (2003), da cuenta de médicos adscritos a *la Sociedad Eugénica Mexicana para el Mejoramiento de la Raza* pusieron en entredicho el comportamiento sexual e instinto sexual de las mujeres que trabajan *fuera de hogar*, así como de aquellas que quisieran usar anticonceptivos o abortar pues “*la función fundamental de la hembra es procrear*”; como la misma autora afirma, las políticas de salud⁷, de la época, lejos de contribuir a las luchas feminista a favor de la emancipación de la mujer contribuyeron a reforzar su subordinación⁸.

Lo dicho por Horcasitas (2003) y otros trabajos relacionados con el movimiento eugenésico en México, para este trabajo representará una manera brutal de controlar la reproducción de las mujeres por parte de los gobiernos y las instituciones de salud, vinculados al movimiento eugenésico en México.

Políticas pro natalistas en México.

Durante los primeros años de la década de los treinta, no existía una intervención clara por parte del Estado en el crecimiento poblacional, pues éste no se veía de manera sistémica e integral. Será hasta 1936 cuando la intervención del Estado en el ámbito de la población se hizo explícito; con la publicación de la primera *Ley General de Población, (1936)* y una segunda en 1947;

⁷ Gutmann (2016), recuerda las afirmaciones del ex Comisionado de Salud en 1962, quien afirmaba que el control de la natalidad era antitético de los valores religiosos y sociales del mexicano.

⁸ Ver Horcasitas, (2003). Eugenesia y aborto (1920-1940)

ambas de una clara inspiración pronatalista y como da cuenta Stern, (2000), con claras influencias eugenésistas²⁹.

Durante la primera mitad del siglo, el crecimiento de la población fue alentado con el fin de repoblar el país, pues recordemos que México se encontraba transitando la etapa posrevolucionaria donde se perdieron muchas vidas; por lo que el crecimiento de población no sólo correspondía al nuevo proyecto revolucionario, sino que era fomentado por el Estado, como señala Leñedo Otero (1974):

“La postura a favor de un crecimiento de la población era apoyada y respaldada por el marco instruccional mexicano: el Estado asentaba la política poblacionista respaldada por la Ley de Población vigente y por los Códigos Sanitarios que no permitían el uso de anticonceptivos. Asimismo, la Ley Penal codifica como delito el aborto. La iglesia [...] en toda su acción educativa ha defendido la procreación abundante y ha prohibido la anticoncepción y el aborto [...]. También la escuela se suma tradicionalmente a la postura poblacionista: los textos y programas oficiales de la enseñanza primaria, secundaria y hasta universidad, sancionan positivamente la procreación abundante y el crecimiento demográfico [...]. Las demás instituciones apoyan directa o indirectamente esta misma posición.” (Leñedo Otero, 1974; 172-173 en García, 2014)

Según dan cuenta distintos autores (Sánchez, 2009; García, 2014), entre las estrategias para aumentar el crecimiento de la población, durante ese periodo se encuentran:

- Luchar contra la mortalidad infantil;
- fomentando el matrimonio³⁰;
- fomento del aumento la natalidad;
- repatriación de los mexicanos en el exilio; y
- fomento de la inmigración.

Durante la década de los sesenta y setenta, se consideraba que la capacidad de producción del país, podría verse coartada por la falta de mano de obra; por lo que, el aumento de la población durante esos años significó más fuerza de trabajo en el campo y ciudades, así como una garantía

²⁹ Las políticas de población de la época se basaban en una idea homogenización, fomentando el mestizaje de la población mexicana como pueblos de raza blanca en aras de “mejoramiento cultural y económico de las poblaciones indígenas”; se ve en los pueblos indígenas un foco de posible ruptura o de desequilibrio para la unidad nacional, muy requerido para la legitimación de Estado en formación (García, 2014, p. 116). Ver también Stern, A. (2000). Mestizofilia, biotipología y eugenesia en el México posrevolucionario: hacia una historia de la ciencia y el Estado, 1920-1960. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 21(81).

³⁰ Existieron intenciones de aumentar impuestos a las familias poco numerosas y/o solteros. Según da cuenta García (2014), en el Estado de Tamaulipas el gobernador estableció en 1938 un impuesto a la soltería para los mayores de 25 años.

de cuidadores de la salud y la vejez, a falta de seguridad en estas áreas. En ese sentido Márquez señala:

“[...] las familia grande en la sociedad mexicana; para la élite, se consideraba un recurso y un estímulo para el **crecimiento económico**; en sectores populares en cambio, los hijos siguen siendo, la única garantía de solidaridad económica ante el desempleo y el subempleo, así como el único sistema de seguridad en la vejez: por tanto, la familia grande no era meramente reflejo de un sistema de valores, anticuados o machistas, sino una adaptación a una situación de extrema precariedad en la que se encontraba la mayoría de la población mexicana” (De Márquez, 1984;2-3; en Sánchez, 2009).

De manera general podemos afirmar que el movimiento feminista a favor de los derechos reproductivos y a una maternidad libre, durante el periodo de 1940 a 1960, fueron escasos en México, pues los movimientos feministas se concentraron en la lucha por el acceso al voto, consiguiéndolo hasta 17 de octubre de 1953, cuando el presidente Ruiz Cortines reforma el artículo 34 constitucional, estableciendo la ciudadanía de las mujeres y su derecho a votar y ser votadas.

No obstante, durante el periodo posrevolucionario se recogen algunos beneficios del movimiento revolucionario y movimiento feminista como: políticas encaminadas a garantizar servicios básicos de salud, algunos derechos civiles y reformas de leyes a favor de las mujeres. Por citar algunos ejemplos representativos encontramos (Nuñez, 2012; Sánchez, 2009):

- Reformas al Código Civil, gracias a la cercanía de Hermila Galindo al gobierno de Carranza, legalizando el divorcio;
- la *Ley de Relaciones Familiares de 1917* se amplían los derechos de las mujeres casadas al permitirles establecer contratos, participar en juicios y tener los mismos derechos que los hombres en la custodia de los hijos;
- en la *Ley de Dotaciones y Restituciones* de tierra benefició a mujeres solteras y viudas que sostuvieran una familia, al ser miembros de un ejido al igual que los hombres mayores de 18 años;

- la promulgación *del Código Sanitario de 1926*, que introdujo el examen médico prenupcial como requisito para contraer matrimonio, pues las enfermedades venéreas eran muy comunes y eran asociadas a la muerte infantil;
- la *Ley Federal del Trabajo*, en 1931, la cual reglamentaba los artículos 3 y 123 de la Constitución, señalando la igualdad de derechos y salarios para hombres y mujeres, y la protección a la maternidad para mujeres trabajadoras; y
- la creación de *Comisión Investigadora de la situación de las Mujeres y los Menores en 1936*.

Del Control de la población a las políticas de planificación familiar

A principios de la década de los sesenta el crecimiento económico en México era el doble que el de su crecimiento poblacional, pero a nivel internacional, el denominado *problema* de “la crisis demográfica” se encontraba en auge; entre 1962-1972 se realizaron cinco reuniones internacionales en Naciones Unidas, en torno al crecimiento de la población, recordemos que durante este periodo surge el término “*explosión demográfica*”. Por lo anterior, empresarios y políticos estadounidenses y británicos se encontraban preocupados por el crecimiento de la población de los países asiáticos primero y de los países latinoamericanos después como dan cuenta Alma Rosa Sánchez (2009) y Teresita de Barbieri (2000).

Para empresarios y políticos mexicanos de la época mientras la economía no creciera a un ritmo inferior al de la población, no había problema; sin embargo, Estados Unidos y los grandes consorcios y empresarios norteamericanos, se encontraban preocupados por la seguridad de sus inversiones, a partir de ello nace un interés por implementar políticas encaminadas al control de la población, influenciado por corrientes *neomalthusianas*³¹; caracterizadas por su preocupación del aumento de la población y la escasez de recursos económicos y naturales.

³¹ Sanchez, (2009) recuerda que existen diferencias filosóficas importantes asociadas al papel asignado a la anticoncepción entre los malthusianos y neomalthusiano. Malthus se había opuesto a la anticoncepción y en su lugar confiaba en el poder de la persuasión moral (en forma de controles preventivos, como la abstinencia sexual y la posposición de la edad al matrimonio) como medio para limitar la población. En contraste, los neomalthusianos asigna a la anticoncepción un papel preponderante, en este trabajo suponemos, lo dicho será consecuencia de las grandes inversiones que hicieron en métodos de anticoncepción y los intereses políticos y expansionistas de las grandes empresas.

Hodgson y Cotts (1977) señalan cómo políticos y empresarios, a nivel internacional, para atenuar y prevenir la *explosión demográfica*, invierten en la creación de instituciones fuertes que desarrollen investigación en (Hodgson y Cotts, 1997 en Barbieri, 2000):

1. Demografía y social en los países de alto crecimiento poblacional;
2. en materia de reproducción humana para afinar los conocimientos disponibles sobre la fisiología y el sistema hormonal³, durante la década de los veinte;
3. química y bioquímica para producir anticonceptivos eficaces, seguros y baratos para ser distribuidos masivamente.

Ahondando en el último punto, recordemos que la píldora anticonceptiva se perfecciona en 1951, gracias al científico mexicano Luis E. Miramontes y sus investigaciones sobre la planta “cabeza de negro” de origen Veracruzano³, como da cuenta Marks (1997). Para su comercialización de manera masiva, se necesitó de cientos de pruebas con mujeres para determinar posibles efectos colaterales; por lo que, durante ese periodo, las mujeres de los países con más alto índice demográfico⁴ serán las principales receptoras de experimentos de control de la fecundidad, en específico sobre la píldora anticonceptiva (Sánchez, 2009; Marks, 1997).

Dentro de las primeras científicas en hacer experimentos masivos, para definir los efectos colaterales del uso la hormona anticonceptiva, se encuentra la Dra. Edris Rice Wray, quien en 1956 funge como directora de la *Asociación Pro Salud Materna (APSM)*, misma que durante este periodo abre la primera clínica de planificación familiar e investigación sobre anticonceptivos, en la Ciudad de México, lo que les permitió acumular gran cantidad de información sobre los efectos de los diferentes anticonceptivos en la población mexicana (García, 2014; Sánchez, 2009).

³ Durante la década de los veinte y treinta las investigaciones y conocimiento del sistema hormonal se desarrollan a nivel mundial y la producción de hormonas se convierte en un negocio muy lucrativo para la industria farmacéutica. Es en los años veinte que se aísla el estrógeno, en Holanda y en 1935, logran aislar la progesterona en Europa. Sin embargo, su manufactura inicialmente fue un proceso muy costoso dado que se obtenían las hormonas de glándulas, bilis y orinas de animales y se necesitaban grandes cantidades para el tratamiento de desordenes ginecológicos y la artritis.

⁴ Ver Lara Marks (1997). *Historia de la píldora anticonceptiva*. En línea: <http://www.ejournal.unam.mx/cns/no48/CNS04805.pdf>

⁵ En un inicio se tenían contemplado que fuera Haití, Hawai, India y México, sin embargo dado que los primeros estudios resultaban muy caros y tenían que ser muy controlados, se optó por iniciar pruebas en Puerto Rico, y en mujeres con esquizofrenia que eran estudiadas en el Hospital Estatal de Worcester, en Estados Unidos (Marks, 1997; Sánchez, 2009).

Según da cuenta García (2014), el modelo de industrialización llevado a cabo por los gobiernos a partir de 1930 y hasta la década de los setenta significó la expansión del PIB, durante dicho periodo, alrededor del 6%. El modelo implantado de sustitución de importaciones favoreció el crecimiento de la economía nacional, así como el crecimiento de la población y la conformación de las primeras grandes ciudades en el país; el surgimiento de una nueva clase trabajadora y el crecimiento de la clase media. Sin embargo, dicho modelo de desarrollo no estuvo exento de contradicciones, pues durante dicho periodo también se acentúa la concentración de la riqueza, los problemas de desempleo; se amplió la brecha entre las necesidades y la oferta en los servicios de salud, educación, vivienda y alimentación. Entre 1946 y 1958 hubo cerca de 2,134 huelgas, y manifestaciones sociales, mismas que se incrementarían durante el gobierno de Díaz Ordaz, contra la incapacidad del Estado para satisfacer las necesidades de la población (Carrillo, 1983; 157 en García 2014).

El Estado mexicano, durante la década de los sesenta y primeros años de los setenta, no estaba preocupado por el crecimiento de la población, incluso podemos dar cuenta de las declaraciones de Luis Echeverría, en 1969 durante su campaña rumbo a la presidencia haciendo referencia a que *gobernar es poblar*, una clara posición pronatalista y toma postura frente a los anticonceptivos y las mujeres mexicanas, afirmando: “*yo no sé si las madres mexicanas entiendan la efectividad de la píldora anticonceptiva. Lo que sí sé es que necesitamos poblar nuestro país [...] Nosotros no queremos controlar nuestra población*” (Rousseau, 2001; 81 en García, 2014) sin embargo, dos años más tarde tendrá que recular en sus declaraciones pronatalista.

Durante ese periodo en la ONU se crea el Fondo de las Naciones Unidas para la Población, creado por iniciativa de Robert Strange McNamara, ex secretario de defensa de Estados Unidos, y presidente del Banco Mundial, en el periodo de (1968-1981) como da cuenta Feletti, (2009).

Presiones del exterior y a lo interno.

Según dan cuenta distintos autores, el giro político ideológico de la política del presidente Echeverría hacia el control de la población manifestado en la Ley General de Población decretada

en 1973 y aprobada en 1974, responderá a presiones a nivel externo e interno (García, 2014; Sánchez, 2009; Gutmann, 2016).

A nivel externo, por presiones por parte de políticos y empresarios de Estados Unidos. Como se mencionó en párrafos previos, dichos actores, durante ese periodo se encuentra preocupado por el crecimiento de la población de la población en los países latinoamericanos, pero en especial en México; y consideran dicho crecimiento como una amenaza a la seguridad de Estado Unidos. En 1972, el ya presidente Luis Echeverría y el presidente de Estados Unidos Richard Nixon asistirán a una cumbre, en la que Nixon, se posiciona frente al crecimiento poblacional de México afirmando “*El problema de mayor relevancia en América Latina en este momento es el crecimiento poblacional, el desempleo y las tensiones ocasionadas por el comunismo internacional*” (Wiltie, 2003:4 en Gutmann, 2016).

Simultáneamente, en 1972 el *Club de Roma* publica su primer informe *Los límites del crecimiento*, donde establece las preocupaciones de empresarios europeos por el aumento poblacional y la escasez de recursos naturales fundamentales (agua, tierra, fuentes de energía), volviéndose un obstáculo para el desarrollo (Barbieri, 2000; Felitti, 2009).

En 1974 se realiza la *Conferencia Internacional de Población, en Bucarest*, conferencia que será conocida por reconocer por primera vez el derecho de las personas a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos y sus líneas de acción serán enmarcadas en programas y políticas de planificación familiar y no de control poblacional, misma que contará con la primera participación de feministas organizadas con el objetivo de poner en la agenda internacional sus derechos reproductivos. En dicha conferencia, la delegación mexicana por primera vez se pronuncia a favor de propiciar el descenso del crecimiento poblacional por medio de la reducción de la fecundidad utilizando métodos artificiales (García, 2014).

Más tarde, 1975 Estados Unidos elabora un documento que sugiere que el mecanismo clave para forzar a los gobiernos del hemisferio sur a cooperar con Estados Unidos, era integrar la *ayuda para el desarrollo* con la planificación poblacional. (Wiltie, 2003:4 en Gutmann, 2016).

Hasta ese momento, dentro de las instituciones extranjeras claves, involucradas en la política de control de población durante ese periodo, eran: la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), la *International Planned Parenthood Federation (IPPF)*³⁵, el Banco Mundial, el Population Council y las *Fundaciones Rockefeller*, la fundación Ford, Hawlett, Mellon y Mac Arthur (García, 2014). Cabe señalar, que en México desde 1965, surge la primera asociación privada vinculada a los intereses de Estados Unidos por controlar la población en México, a partir de la promoción de campañas para la planificación familiar: la Fundación para Estudios de la Población (FEPAC), ésta organización estaba afiliada a la IPPF y durante dicho periodo FEDAC, crea cuatro clínicas de planificación familiar en el país y emprende tres programas de planificación rural (Sánchez, 2009). Para Guttman (2016), el control de la población significó una empresa global que implicaba miles de millones de dólares anuales en servicios, cuotas y bonos.

Por otro lado, a nivel interno vemos un agotamiento del modelo de desarrollo implementado hasta ese momento; durante la década de los sesenta México experimenta una alta inflación, una crisis de balanza de pagos y alta especulación en contra de la moneda mexicana; Echeverría intentaría impulsar una reforma fiscal basada en un aumento de impuestos pero los empresarios se opondrán, por lo que decide pedir prestamos al Fondo Monetario Internacional para mantener el gasto público, subiendo la deuda de 6,000 millones de dólares a 20,000 millones (García, 2014). Por lo que México, se vera condicionado a seguir directrices económicas sociales y de población, por el BM y el FMI a cambio de créditos.

Así mismo, dentro del país durante la década de los sesenta se forma un grupo de expertos integrado por demógrafos³⁶, economistas³⁷ y del sector salud que a partir de los datos publicados por el Censo de 1960 y sus respectivas proyecciones de crecimiento inician la oposición contra las políticas natalista de la época y encender focos rojos en relación al aumento poblacional; por lo que se intenta convencer a las autoridades estatales en México sobre la necesidad urgente de

³⁵ IPPF es el principal promotor de planificación familiar en los países del sur, patrocinado por fundaciones como Ford y Rockefeller y el Population Council.

³⁶ En 1964 se crea el Centro de Estudios Económicos y Demográficos en el Colegio de México, mismo que fue aprobado en 1962 y apoyado por BANXICO, Nacional Financiera, Banco Nacional de Comercio Exterior y la Fundación Ford y la Fundación Rockefeller, en 1967 se sumarían Brooking Institution, Population Council y el Departamento del Distro Federal (García, 2014).

³⁷ Francisco Javier Alejo, economista del Colegio de México, comulgaba con las corrientes maltusianas de la época; mismo que sería designado como Secretario de Hacienda en el sexenio de Luis Echeverría.

modificar la política de población encaminada al control de la población (García, 2014; Sánchez, 2009; Gutmann, 2016)

El caso de los médicos, Marquez (1984) señala:

“[...] un grupo de médicos, la mayoría del IMSS y de la Secretaría de Salud y Asistencia, se preocupan de las consecuencias para la salud de las madres y de sus hijos de los embarazos demasiado tempranos, y demasiado frecuentes y en intervalos demasiado cortos. A esta preocupación se suma el deseo de bajar las tasas muy altas de abortos voluntarios que se suponían poder resolverse con la planificación familiar” (De Marquez, 1984:2 en Sanchez)

Por todo lo anterior, en 1973 se promulga la nueva Ley General de Población, con una *nueva visión* a favor de la *planificación familiar*, el organismo encargado de coordinar la planificación familiar y la política demográfica será el Consejo Nacional de Población (CONAPO); iniciando con ello los primeros Programas Nacionales de Planificación Familiar, incorporados al Programa Nacional de Desarrollo Nacional y el Programa de Salud Materno-Infantil de la denominada Secretaría de Salud y Asistencia.

Asimismo, surgen reformas jurídicas y políticas que reforzaran el discurso entorno a la planificación y la reproducción de las mujeres mexicanas. Entre las reformas de mayor trascendencia se encuentra las reformas al Código Sanitario y las Reformas al artículo 4 Constitucional.

En febrero de 1973 el Código Sanitario suprime el artículo 24, el cual prohibía el anuncio y venta de anticonceptivos. Más tarde en diciembre de ese mismo año se reforma el Artículo 4 Constitucional para decretar, el cual hasta hoy en día conserva las reformas, el artículo refiere:

Artículo 4o. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.

*Párrafo adicionado Diario Oficial de la Federación (DOF) 13-10-2011
Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.*

Párrafo adicionado DOF 03-02-1983

Cabe señalar, que la modificación del artículo 4to constitucional, si bien en esencia representa un avance para las mujeres; también es cierto que fue una estrategia del gobierno, en el marco de ser designado por la ONU como sede la Conferencia por Año Internacional de la Mujer, pues si bien si algunas feministas fueron invitadas a ser partícipes de la discusión de su aprobación; también es cierto que no se les hizo caso y sólo se las consideró como interlocutoras (Bernal, 1984; Gonzáles, 2007; Sánchez, 2009).

Institucionalización de la planificación familiar.

Como se mencionó, las reformas constitucionales en México y los acuerdos internacionales, mandatan de manera explícita la tarea del Estado de informar, educar y garantizar la libertad para tomar decisiones en cuanto a la planificación familiar. Por lo que, a partir de este periodo, en México las instituciones gubernamentales ganan terreno frente a los organismos privados, al implementar políticas de planificación familiar y crear instituciones públicas; la primera institución gubernamental que trabajó en investigación y prestación de servicios de planificación familiar, fue el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zarbirán, según da cuenta Sánchez (2009).

En 1972 la Secretaria de Salud, a través de la Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil, concluye el primer Programa de Atención Materno-Infantil con base al cual se inicia la prestación del servicio de planificación familiar a partir de enero de 1973 en diez centros de salud urbanos (SALUD, 2012). Las actividades de planificación familiar según da cuenta Sánchez (2009) inician en el IMSS y en la entonces denominada Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) principalmente en zonas urbanas y en 1973 se incorporan también al ISSSTE (Sánchez, 2009).

Entre 1976 y 1994 se incorporan a los Planes Nacionales y Globales de Desarrollo, los Programas Nacionales de Población y Programas Nacionales de Planificación Familiar⁸, encargados de marcar políticas de población y proyecciones demográfica; así como promover campañas

⁸ El Programa Nacional de Planificación Familiar, se implementa durante la década de los setenta y su última publicación será en 1994.

publicitarias a favor de la planificación familiar vinculadas con la educación sexual en los programas de enseñanza dirigida a niños y jóvenes como da cuenta Víctor García (2004).

Por su parte el sector salud a partir de la década de los setenta adopta las políticas de planificación y los médicos se posicionan a favor del uso de anticonceptivos; los servidores públicos de salud, adquieren un poder real de intervención directa sobre la fecundidad a través de los *nuevos* anticonceptivos.

Las prácticas anticonceptivas privilegiadas por las instituciones de salud requieren de la intervención del personal de salud, lo que provoca que las mujeres pierdan control sobre su capacidad reproductiva, pues se verá mediadas por el personal de salud y las instituciones que ejecutan la política demográfica. Por ejemplo, la colocación del DIU y la Oclusión Tubaria, la esterilización sin consentimiento y sin información sobre los efectos colaterales, aunado a malos tratos y menosprecios por parte del personal de salud; así como a la institucionalización de las políticas de planificación familiar específicamente para las mujeres (Sánchez, 2009; Barbieri, 2000).

Si bien desde una perspectiva de género, la planificación familiar se concibe como una vía para mejorar las condiciones de las mujeres en la sociedad, pues favorece el desempeño de tareas distintas a las maternas y domésticas, ofreciendo la posibilidad de planear y espaciar los embarazos, así como evitar los no deseados, y contribuye a que la mujer se adueñe de su proceso reproductivo y pueda controlarlo; durante este periodo podemos observar cómo las políticas de planificación familiar, decretadas por los gobiernos se encuentran dirigidas específicamente a las mujeres, encaminadas a controlar su reproducción; sin considerar una política pública más amplia y de mayor alcance en la toma de decisiones de las mujeres³⁹ en relación a su reproducción, por tanto los avances a favor de garantizar mejores condiciones de vida para la mujer fueron escasos.

³⁹ En esta tesis también se afirma que la reproducción no es sólo una cuestión que sólo involucre a las mujeres, para este trabajo la reproducción será parte de un proceso más amplio llamado vida, y por tanto incumbe a hombres y mujeres, por tanto se considera que debería ser responsabilidad de todos apelar a mejores condiciones de reproducción.

Sin duda las reformas al artículo cuarto constitucional y los acuerdos internacionales será un gran avance en torno a los derechos reproductivos de las mujeres en México, sin embargo, como señala Barbieri (2000), durante los años de las políticas de planificación familiar se acumulan atropellos contra los derechos reproductivos de la mujer en el mundo y en México.

Movimiento feminista, la nueva ola.

Durante la década de los setenta surge una *nueva etapa* del movimiento feminista mexicano, como se mencionó anteriormente, el movimiento de mujeres más representativo y organizado en relación a los derechos reproductivos y una maternidad libre. Este *nuevo* movimiento feminista, como afirman Ana Lau Jaiven (2011) y Rocío Gonzáles Alvarado (2002); coincide en características con otros movimientos feministas a nivel internacional: se origina en el espacio urbano; en una cultura universitaria, estudiantil y laboral; aunado a un desencanto por su falta de participación en el ámbito público dentro de sus organizaciones.

Este nuevo movimiento, se inicia con la aparición de pequeños grupos y colectivos; integrados por mujeres en su mayoría de clase media: universitarias, profesionistas o bien militantes de partidos y organizaciones políticas. De manera general podemos decir que sus principales ejes de lucha durante ese periodo fueron: la doble jornada de trabajo, la maternidad voluntaria, la sexualidad y las acciones para combatir la violencia contra la mujer en general y en específico, contra las agresiones sexuales según dan cuenta distintas autoras (Bartra, (1992); Jaiven (2011); Alvarado, 2002)

Como dan cuenta Gissela Espinoza & Ana Lau Jaiven, (2011) dichas mujeres se concentrarán en cuatro organizaciones; Mujeres en Acción Solidaria (MAS), que surge en 1970; Movimiento Nacional de Mujeres fundado en 1973, Movimiento de la Liberación de la Mujer (MLM) en 1974 y el Colectivo La Revuelta en 1975.

En el marco de la Conferencia del Año Internacional de la Mujer de 1975, con sede en la Ciudad de México, el movimiento feminista se organiza y surgen nuevos colectivos que realizan un acercamiento con instancias educativas, políticas y sindicales; y otros que definitivamente

rompen con todas las instituciones del estado; como la Coalición de Mujeres Feministas y el Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres, en 1979. De manera general podemos decir que sus principales ejes de lucha durante ese periodo fueron: la maternidad voluntaria y las acciones para combatir la violencia contra la mujer en general y en específico contra las agresiones sexuales.

En 1975, la ONU proclama el Año Internacional de la Mujer, cuyo lema, “Igualdad, Desarrollo y Paz” globaliza el plan de acción mundial que todos los países miembros se comprometían a cumplir. La Ciudad de México será sede de la Conferencia, entre el 19 de junio y el 2 de julio. La Conferencia por el Año internacional de la Mujer causó conflicto entre los distintos grupos feministas, no sólo a nivel nacional; algunas fueron participes activas dentro de la conferencia y otras se declararon en contra y denunciaban las contradicciones y manipulaciones de dicha conferencia.

En 1976 y 1977 la Coalición de Mujeres Feministas (CMF) presentaron propuestas para despenalizar el aborto en la Cámara de Diputados, sin embargo, no hubo respuesta. Fue hasta 1979 que, junto con el recién creado Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres, se busca trabajar a favor del proyecto de despenalización presentado y elaboraron el *Proyecto de Ley sobre Maternidad Voluntaria* que presenta el Partido Comunista Mexicano ante la Cámara de Diputados, mismo nunca fue sometido a revisión.

Sin embargo, en palabras de Nuria Varela, a partir de la década de los setenta *el feminismo se desborda* y surgen distintos colectivos de mujeres organizadas en torno a discutir y develar su situación de opresión y construir mejores condiciones para las mujeres; los colectivos estarán integrados por: obreras, campesinas, académicas, lesbianas, sindicalistas entre otras mujeres que reflexionarán sobre los malestares que experimentan a nivel individual y subjetivo, pero a lo largo de su lucha irán articulando su situación con otras relaciones de opresión transformando las propiedades y las dinámicas de estos. En la década de los ochenta, se inicia la incorporación de muchas militantes al sector público, a la docencia e investigación en universidades y centros especializados, que perduran hasta hoy en día.

Salud reproductiva.

A finales de la década de los setenta surgen un movimiento feminista internacional dedicado a promover y luchar por la salud de las mujeres en específico por sus derechos reproductivos. A partir de la reunión de mujeres realizada en Ámsterdam, en 1987, se creó la Red Global por los Derechos Reproductivos, que más tarde expande sus ideas a países de América Latina; por ejemplo, en 1984 se funda la Red de Salud de las mujeres de América Latina y el Caribe, en Tenza, Colombia.

El movimiento siguió principalmente dos líneas de acción; por un lado, exploraba los procesos de salud-enfermedad femeninos y la creación de servicios de salud reproductiva y sexual, así como el diseño e implantación de programas de salud reproductiva en instituciones estatales; por otro lado, se orientó a dar contenido jurídico a la expresión de “derechos reproductivos”, desarrollando fundamentos filosóficos y éticos, a su divulgación, análisis crítico y el seguimiento de planes y programas estatales en la materia (Barbieri, 2000).

Lo dicho, también se asocia a un debate entre corrientes progresistas y conservadoras en torno al derecho humano a la salud, mismo que se manifiesta en la Conferencia de Alma Ata de 1978 organizada por la OMS y la UNICEF, patrocinado por la URSS; dicha conferencia esta catalogada como el primer intento por develar de manera sistémica las inequidades en los servicios de salud y sanitarios, así como su principal prioridad será la *salud para todos* como dan cuenta distintos autores (Aguilar, 2009; De Vos, et al., 2009; De Vos & Van Der Stuyft, 2013). En dicha conferencia la Salud será definida como: “Un derecho humano fundamental [...] cuya realización requiere de la acción de varios otros sectores sociales y económicos, en adición al sector salud.”

La declaración derivada de la Conferencia, plantea una aproximación integral a los determinantes políticos, sociales, económico y ecológicos de la salud, y afirma que los “gobiernos son responsables por la salud de su población”, mientras que la población “tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en el planeamiento e implementación del cuidado de su salud” como dan cuenta De Vos & Van Der Stuyft (2013). Sin embargo, a pesar de que un movimiento progresista se encontraba ganando terreno dentro de la Organización Mundial de la

Salud (OMS), el contexto general de crisis económica, reforzó la presencia del BM y FMI en la OMS, implantando modelos de salud para los países miembros. El resultado será que durante la década de los ochenta y noventa se inicia el impulso a una visión neoliberal en las políticas de salud, en términos de reducciones presupuestales, descentralización de servicios de salud, se modifican las relaciones públicas y privadas en el sector salud, así como la cesión de actividades rentables para el gobierno a privados.

En México, en 1983, se consagra en la Constitución el derecho a la salud y en 1984 se publica la Ley General de Salud, que ordena la creación del Sistema Nacional de Salud. La Secretaría de Salud quedará como la coordinadora del Sector Salud y facultada para ejercer funciones de salud pública y para otorgar servicios de salud a la población abierta, entre otros, los relacionados con la reproducción, en un principio enmarcados dentro del término planificación familiar.

En torno al tema de salud reproductiva, a partir de la segunda mitad de la década de los ochenta, vuelven a surgir argumentos neomalthusianos expresados, esta vez, por las predicciones de los ecologistas sobre la escasez y deterioro de los recursos naturales y el ambiente. Por lo que, los organismos internacionales se apropian del concepto de *salud reproductiva* como sustituto del concepto de *planificación familiar*, sin hacer referencia a sus orígenes feministas y a la carga política que implica (Barbieri, 2000).

Sin embargo, el movimiento de mujeres no abandona la lucha y en 1992 participan en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente que tuvo lugar en Río de Janeiro en 1992, rechazando el nuevo neomalthusianismo impuesto por los grandes países industrializados hegemónicos. Dichas discusiones se verán fortalecidas por académicas y académicos, filósofas, filósofos y distintas organizaciones que contribuyen al debate en torno a la salud reproductiva (*ibídem*).

En el Fondo de Naciones Unidas los profesionales en demografía y economía fueron desplazado por los profesionales en salud en la preparación de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo de 1994; por lo que esa conferencia es conocida como el primer intento por sistematizar los derechos reproductivos y sexuales a partir del concepto de salud reproductiva, sin

duda un gran avance para asegurar la salud de la mujer en materia de reproducción y sus derechos de procreación⁴⁰.

Sin embargo, muchas autoras han señalado como, la redacción es abigarrada, reiterativa y tautológica, haciendo difícil su lectura y por supuesto su comprensión y aplicación, por lo que, en 1995, se amplían e incorporan en forma contextualizada en la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Internacional de la Mujer, en Beijing, en el apartado *Salud y Mujer* y se refiere lo siguiente:

*La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, **la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.** Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, **la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.** Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.*

Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

⁴⁰ En el Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo de 1994 se define salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos” (ONU, 1994)

En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada.

Como da cuenta Alma Rosa Sánchez (2009) y Teresita de Barbieri (2000) el enfoque de salud reproductiva en nuestro país surge como producto de un conjunto de acontecimientos que intervinieron en su construcción: por una parte, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 y Conferencia Internacional de la Mujer, en Beijing de 1995 y sus respectivos programa de acción ratificados por el Gobierno mexicano, lo que significó una ruptura con el enfoque demográfico que había dominado hasta entonces en las políticas de población. El Programa se inscribe en una óptica de derechos humanos; es una perspectiva que coloca en el centro del bienestar a la sociedad y que incorpora una perspectiva de género tendiente a establecer relaciones más equitativas entre la población masculina y femenina.

El Programa de Acción de la CIPD, plantea la integración de cuestiones de población en la planificación del desarrollo, a promover la igualdad de género y el adelanto de las mujeres y a velar porque todas las mujeres tengan acceso a una gama completa de servicios de salud reproductiva. Por lo que, a partir de la ratificación del Programa de Acción de la CIPD por el gobierno mexicano, significó una promesa de colocar el derecho universal a la salud reproductiva por encima de cualquier meta demográfica y de generar políticas con perspectiva de género.

En ese sentido, el gobierno de Ernesto Zedillo será el primero en iniciar el diseño de políticas y programas de salud sexual y reproductiva que incorporan la categoría de *salud reproductiva*; en 1995, por primera vez en un plan sexenal de la administración federal se creó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, aunado a la creación de la Dirección General de Salud Reproductiva en la Secretaría de Salud; y en el año 2001 se diseñó el Programa de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006 (Espinosa & Paz, 2004). Sin embargo, como se verá más adelante, en el capítulo final, la incorporación de los temas de Salud Sexual y Reproductiva, en la Ciudad de México se incorporarán hasta el año 2009.

Ética de los derechos reproductivos.

Mexicano ha suscrito acuerdos internacionales que reconocen los derechos reproductivos como derechos humanos; y a finales de la década de los setenta se plasma en la Constitución el derecho del hombre y la mujer para decidir sobre el número de hijos y su espaciamiento, sin embargo, éstos aún se encuentran lejos de ser ejercidos por las mujeres mexicanas a cabalidad y de ser entendidos como parte de los derechos humanos. Por lo que nos basaremos Rosalind Pechetsky y Sonia Correa (2001) quienes plantean cuatro dimensiones éticas de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, para un pleno ejercicio y su importancia en el desarrollo de las personas, estas dimensiones son:

1. La integridad corporal:
2. La autodeterminación personal
3. La igualdad
4. El respeto a la diversidad.

Se parte de señalar estos cuatro fundamentos éticos de los derechos reproductivos, propuestos por las autoras pues se considera que es a partir de estos que podremos sentar bases para evidenciar su aplicación y reconocimiento en las políticas concernientes a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y su aplicación y acceso de las mujeres de la Ciudad.

La integridad personal y corporal.

Las autoras afirman que el derecho de las mujeres a *controlar* y *poseer* su cuerpo no significa que el cuerpo de las mujeres sean simples cosas separadas de ellas mismas o aisladas de las redes sociales y de comunidad. El derecho a la integridad corporal es derecho individual pero también es social, ya que sin dicho derecho no se puede funcionar como miembro responsable de una comunidad o sociedad, es decir; el cuerpo es una parte integral de la persona cuya salud y bienestar, incluyendo el placer sexual, son una base necesaria para su participación activa en la vida social.

Así mismo, en este trabajo se coincide con las autoras, cuando plantean que el cuerpo existe en un universo mediado socialmente y se inserta en el desarrollo histórico de las ideas acerca del individuo y los sujetos sociales. Si bien el derecho a la integridad corporal se asienta en el cuerpo, no pueden ser realizados sin prestar atención a las cuestiones económicas, políticas y culturales de la sociedad y en específico a las condiciones específicas de las mujeres.

A partir de Dixon (1993) las autoras explican que la integridad corporal incluye:

“[...] el derecho de la mujer a que no se le prive de su capacidad sexual y reproductiva, por ejemplo, a través del sexo o del matrimonio coaccionado, mutilación genital, negándole el acceso al control de la natalidad, practicándole la esterilización sin consentimiento informado, manifestando prohibiciones sobre la homosexualidad, así como su derecho a la integridad de su persona física, por ejemplo, estar libre de la violencia sexual, de algún tipo de reclusión indebida en el hogar, de métodos anticonceptivos riesgosos, de embarazos no deseados o de una procreación coaccionada y de las intervenciones medicas no deseadas” (Dixon-Mueller 1993 en Correa y Petchesky, (2001)

Así mismo, afirma que tales abusos ocurren en múltiples espacios y en distintos niveles (escalas); en las relaciones con las parejas sexuales, con familiares, con servidores público (medico, trabajadores sociales, policías, etc) y privados; así como por parte de campañas estatales o militares, por ejemplo, programas coercitivos de reducción de la fecundidad o la violación de mujeres como una herramienta de “depuración étnica” y todos los crímenes contra la reproducción y la sexualidad de lesa humanidad. Escalas de análisis que las geógrafas han pugnado por evidenciar dentro del análisis geográfico.

La autodeterminación personal

Este principio implica que las mujeres sean tratadas como actores principales y tomadoras de decisiones en materia de reproducción (y sobre su sexualidad); así mismo, que sean sujetos y no objetos; como fines y no medios receptores de políticas de población y planificación familiar. En este sentido, es necesario resaltar como los movimientos feministas han evidenciado cómo las políticas poblacionales y de planificación familiar han sido encaminadas a controlar la reproducción femenina mediante decretos racistas, clasistas y sexistas⁴ de aumentos o de disminución poblacional.

“Las políticas basadas en metas demográficas que estimulan el uso de incentivos materiales o de desincentivos frecuentemente acaban manipulando o coaccionando a las mujeres, particularmente a aquellas que son pobres, con el fin de que acepten métodos de control de la fecundidad que en otras condiciones podrían rechazar y, por tanto, atentan contra la autonomía en su toma de decisiones. Cuando se espera que las mujeres pobres o encarceladas cambien otros derechos “por el precio de su matriz” [...] los “incentivos” se corrompen, volviéndose sobornos” (Williams 1991 en Correa y Petchesky, 2001)

Dentro de este punto la autora resalta la importancia de que las experiencias de las mujeres sean tomadas en cuenta en los procesos de elaboración de las políticas de población y salud; aunado a que a nivel clínico los proveedores de servicios, no trivialicen las quejas de las mujeres, apelando por que se respeten los derechos, deseos y experiencias de las mujeres. En este sentido las autoras afirman que la ubicación social de las mujeres determina hasta qué grado pueden tomar decisiones sexuales y reproductivas con dignidad.

La igualdad.

Este principio se aplica en dos áreas principales, según las autoras:

- Las relaciones entre los hombres y las mujeres (divisiones de género); y
- las relaciones entre mujeres (en condiciones tales como clase, edad, nacionalidad y etnicidad que divide a las mujeres como grupo).

⁴ Ver Angela Davis y sus denuncias en contra de las campañas, hechas por Marge Sanger

La primera se relaciona con las primeras demandas del feminismo, pues planteaba remediar el sesgo en contra de las mujeres, partiendo de la estrategia del control sobre su fecundidad para romper con la división sexual del trabajo. Dichas demandas, serán parte de una agenda más amplia para hacer que la posición de las mujeres en la sociedad se *igualara*⁴ a la de los hombres. La importancia de este primer punto radica en que las decisiones, responsabilidades y riesgos derivadas de la reproducción sean compartidas equitativamente entre mujeres y hombres.

Retomando un poco los puntos anteriores, si bien asumimos que son decisiones que serán tomadas en el ámbito privado y de manera individual, estas no pueden tomarse aisladas, pues son parte de un entramado social, que puede producir condiciones para que se realicen en las mejores condiciones.

El segundo principio, requiere que se ponga atención en las desigualdades entre mujeres por razones de clase, edad, nacionalidad y raíces étnicas que dividen a las mujeres como grupo, para el acceso de derechos reproductivos, es decir es necesario que se ocupen, por lo menos de las diferencias más evidentes en el poder y recursos que dividen a las mujeres en el interior de los países y a nivel internacional:

“En el caso de los métodos de anticoncepción efectivos y saludables, las leyes que garantizan la “libertad” de todas las mujeres a usar cualquier método que ellas “escojan” son inútiles si no se aseguran el acceso geográfico, servicios y materiales de alta calidad y apoyo financiero para todas las mujeres que los necesiten. Lo que estamos diciendo es que los cambios económicos y políticos necesarios para crear tales condiciones son una cuestión no únicamente de desarrollo, sino de derechos (sociales); de hecho, son un buen ejemplo de por qué el desarrollo es un derecho humano y por qué los derechos reproductivos de las mujeres son inseparables de tal ecuación” (Sen 1992 en Correa y Petchesky, 2001).”

La diversidad.

Este punto representa un reto al discurso de los derechos humanos, pues apela a que desarrolle un lenguaje y una metodología que sean plurales a la vez que fieles a los principios básicos de la igualdad, el ejercicio como persona y la integridad corporal.

⁴ La igualdad ha sido puesta en duda por distintos enfoques, tanto al exterior del movimiento feminista, como al interior del movimiento: por ejemplo, al exterior de las corrientes más críticas se encuentra el marxismo y las teorías poscoloniales; y al interior las críticas más fuertes vendrán desde el feminismo de la diferencia y teorías posmodernistas. Sin embargo, en este trabajo se plantea desde una posición que hombre y mujeres disfrutemos de los mismos derechos humanos.

Estos cuatro principios que pueden aplicarse a los derechos reproductivos muestran que las dimensiones individuales (libertad) y social (justicia) no pueden ser separadas, debido a que los recursos y el poder están distribuidos de manera desigual en la mayoría de las sociedades, por lo que la posibilidad de que las y los individuos para ejercer estos derechos dependen de gran medida de condiciones que no están al alcance de todas las personas. El ejercer estos derechos libre y responsablemente no es una frase vacía o ambigua, implica que deben darse las condiciones sociales y económicas y culturales para ejercerlos. Correa y Petchesky mencionan al respecto lo siguiente:

“[...] los gobiernos y las agencias de población, que pretenden defender los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, tienen que hacer mucho más que simplemente evitar abusos. Deben hacer incluso más que vigilar el cumplimiento de los lineamientos para “la calidad de la atención”, los cuales atañen solamente a las condiciones en la clínica y no las de las comunidades locales y de la sociedad en su conjunto. Además, deben tratar de alcanzar un reordenamiento de las políticas económicas internacionales (incluyendo los llamados programas de ajuste estructural), de las prioridades nacionales de financiamiento y de las políticas nacionales de salud y población a fin de poner menos énfasis en el servicio de la deuda y en el militarismo, a favor del bienestar social y la atención primaria a la salud. Por otra parte, deben adoptar programas afirmativos que promuevan “una cultura basada en la toma de conciencia respecto a la salud” y el empoderamiento entre las mujeres, así como una actitud de respeto, no violencia y responsabilidad por parte de los varones hacia las mujeres y la infancia.” (Correa & Petchesky, 2001)

Se trata de ver a los derechos reproductivos en su integridad no sólo con las personas o en lo individualidad, sino de manera integral y la necesidad de hacer a una crítica al sistema patriarcal y capitalista en su conjunto. Por tanto, las luchas por conquistar los derechos legales que garanticen la libertad de decidir sobre la reproducción y maternidad, estarán totalmente anclada en la lucha por derechos sociales; pues cuando el movimiento feminista demanda políticas sociales para el ejercicio y disfrute de los derechos reproductivos realiza una doble acción: evidencia las áreas de actuación social por parte del Estado, al tiempo que apela por un Estado comprometido con el bienestar de la sociedad.

Capítulo 3. Políticas públicas en materia de derechos reproductivos y sexuales en México.

Como se ha analizado en el capítulo primero la Geografía estudia al espacio geográfico entendido como una construcción social, resultado de la interrelación de los elementos propuestos por Milton Santos: la sociedad, donde se encuentra implícito lo cultural; las instituciones que norman a la sociedad; lo económico, lo ecológico y el desarrollo científico técnico que marcarán las relaciones de género.

Hata este momento se ha escrito de manera general sobre como los movimientos de mujeres han pugnado por la transformación de su realidad (lo social). Dichas luchas han cambiado la concepción de la naturaleza de la mujer, como símbolo de madre; a partir del desarrollo científico técnico (la píldora anticonceptiva) se han transformado la realidad de las mujeres en la Ciudad de México y en el mundo.

En el segundo capítulo de este trabajo, se asentó que será durante la década de los noventa que un sector del movimiento feminista se incorpora a la política formal y a partir de la perspectiva de género las feministas de la época, intentarán incidir en las agendas y recursos públicos, legislaciones y acuerdos internacionales, como parte del proceso de producción de espacios libres de violencia para las mujeres.

Por lo que en esta sección analizaremos el marco jurídico en materia de derechos reproductivos que ha impulsado, principalmente, por el movimiento feminista. El marco jurídico constituye un aspecto importante para el ejercicio y respecto de los derechos reproductivos, en tanto que marcarán las directrices que llevará a cabo el gobierno para su implementación, al tiempo que los respalda. Así mismo, si bien a lo largo del capítulo 2 se dio cuenta de conferencias, declaraciones, programas, en este apartado se propone dar cuenta del significado de cada uno de los instrumentos internacionales y sus implicaciones para la política pública nacional.

Si bien en este trabajo se reconoce que no es el único medio para garantizar que las mujeres se apropien de su reproducción y ejerzan una libre maternidad, dentro del análisis geográfico se hace necesario develar cómo opera el Gobierno y las leyes y normas que produce para regular, en nuestro caso de estudio la reproducción y maternidad de las mujeres, por lo que a continuación se

hará un recuento de aquellos acuerdos internacionales, leyes nacionales y estatales que incluyen los derechos reproductivos de las personas.

Derechos reproductivos reconocidos por tratados internacionales firmados por México.

México ha suscrito un conjunto de instrumentos jurídicos que respaldan en la escala internacional a los derechos reproductivos. Sin embargo, resulta conveniente hacer un pequeño paréntesis para identificar cuales son los tipos de acuerdos que ha suscrito el gobierno mexicano, en materia de derechos reproductivos y sexuales y cuál es el proceso para la suscripción.

Sánchez (2009) señala que las Conferencias en materia de Derechos Humanos, Población y Derechos de la Mujer, de 1968, convocadas por Naciones Unidas, será el principal espacio internacional que ha contribuido a poner en la agenda internacional, y de las naciones partícipes, los derechos de la mujer.

Según la autora una *Conferencia*, convocada por la Naciones Unidas⁸, es una reunión para tratar temas específicos de preocupación mundial y entregar directrices, conocidas como un Plan o Plataforma de Acción, sobre las acciones a emprender entre todos los Estados Miembros, agencias especializadas y organizaciones.

En ese mismo sentido, un *Plan o Plataforma de Acción* contendrá las áreas en que se ha debatido el tema principal, especifica las bases para la acción, los objetivos y las medidas que se proponen; incorpora sugerencias de financiamiento y asignación de recursos, además de plantear actividades a nivel internacional, regional y nacional para llevar a cabo dicho Plan. Este se dirige a todos los países miembros de la ONU, a las Organizaciones no gubernamental (ONG), al sector privado, a los organismos intergubernamentales, a las agencias especializadas de la ONU y a la cooperación internacional. De las conferencias muchas veces surgen resoluciones, recomendaciones, tratados, programas y planes de acción para ejecutar por los Estados y organizaciones parte.

⁸ Como observamos, las Conferencias serán convocadas por Naciones Unidas, pero en conjunto con otros organismos internacionales como la OMS, como vimos en la Conferencia de Alma Ata.

Sin embargo, Pérez-Duarte (2000) e incluso las definiciones de Naciones Unidas señalan que, a excepción de los Tratados o Convenciones suscritos por los Estados, en los últimos años se consideran los demás acuerdos de manera interpretativa, disminuyendo la eficacia de la aplicación de protocolos, cartas y declaraciones internacionales relacionadas con los Derechos Humanos.

A continuación, se da cuenta de lo entendido por Naciones Unidas por los términos de Convención o Tratado, Protocolo y carta (ONU, s.f.):

Las **Convenciones**, según da cuenta Naciones Unidas, en el siglo pasado dicho término se usaba para nombrar los acuerdos bilaterales, sin embargo, actualmente se utiliza en general para los tratados multilaterales formales con un gran número de partes. Normalmente cualquier miembro de la comunidad internacional, o un gran número de Estados, pueden ser parte de una convención. Ejemplo de estos son:

- a) Instrumentos auspiciados por Organizaciones Internacionales: El Convenio sobre la Diversidad Biológica de 1992, la Convención de las Naciones Unidas sobre el Derecho del Mar de 1982, o la Convención de Viena sobre el derecho de los tratados de 1969.
- b) Instrumentos aprobados por un órgano de una Organización Internacional: El Convenio de 1951 de la Organización Internacional del Trabajo, aprobado por la Conferencia Internacional del Trabajo, o la Convención de 1989 sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Por su parte las **Cartas**, se usan para designar instrumentos oficiales de especial solemnidad, como el tratado constitutivo de una organización internacional. El término en sí tiene connotaciones que se remontan a la Carta Magna de 1215. La Carta de las Naciones Unidas de 1945 y la Carta de la Organización de los Estados Americanos de 1952 son notables ejemplos recientes del uso de este término.

Finalmente, los **Protocolos** se emplea para designar acuerdos menos formales que los “tratados”, “convenciones” o “convenios”. Puede abarcar los siguientes tipos de instrumentos: protocolo de

firma, protocolo facultativo, protocolo basado en un tratado marco, protocolo de enmienda, protocolo complementario y *Proces-Verbal*.

Dicho lo anterior, al remitirnos a la página electrónica de Unidad General de Asuntos Jurídicos, de la Secretaría de Gobernación podemos observar los Tratados y Declaraciones sobre Derechos Humanos e identificar aquellas que mencionan los derechos reproductivos y sexuales, misma que por orden cronológico ordenamos de la siguiente manera:

1. La ***Declaración Internacional de los Derechos Humanos (1948)***⁴⁴ se adoptada el 10 de diciembre de 1948 que en sus artículos 16 y 25: establecen el derecho de toda persona a casarse y fundar una familia y al disfrute de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio y; el derecho a un nivel adecuado de vida y el derecho a los cuidados y asistencia especial para la maternidad y la infancia.
2. La ***Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW***⁴⁵ ***por su siglas en ingles (1981)***, adoptada el 18 de diciembre de 1979 y promulgado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en 1981. En dicha convención México se comprometió a tomar medidas pertinentes para garantizar que la educación familiar incluya una comprensión de *la maternidad* como función social y el reconocimiento de corresponsabilidades que tienen por igual, varones y mujeres en la educación y desarrollo de los hijos e hijas (Artículo 4, 5).

Así mismo en el Artículo 10 el gobierno mexicano se compromete a adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, por lo que entre otras cosas el Estado deberá garantizar el acceso al material informativo específico que

⁴⁴SEGOB, 2018. Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948. En Tratados y declaraciones sobre Derechos Humanos de la Unidad de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Gobernación. Consultado el 24 de octubre de 2018. En línea: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%20000.pdf>

⁴⁵SEGOB, 2018. *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*. En Tratados y declaraciones sobre Derechos Humanos de la Unidad de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Gobernación. Consultado el 24 de octubre de 2018. En <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D35.pdf>

contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

Asimismo, en el Artículo 11 fracciones 1 y 2 se acuerda que México deberá promover la no discriminación en materia laboral por maternidad, así como promover servicios sociales para el cuidado de los hijos por parte de los padres.

El Artículo 12, establece que los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, por lo que, el Estado Mexicano se compromete a garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

En el **Artículo 16** se establece que México, adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. En ese mismo tenor en el inciso **e) *se establece que hombre y mujer tendrán los mismos derechos a 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. El *Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales*⁴⁶ (1981). Adoptado el 16 de diciembre de 1966 y publicado en el DOF en el 12 de mayo de 1981. En este Pacto se reconoce el deber del Estado a conceder especial atención a las madres por un periodo razonable de tiempo antes y después del parto, este último, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social (Artículo 10, fracción 2)

⁴⁶ SEGOB, 2018. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1981. En Tratados y declaraciones sobre Derechos Humanos de la Unidad de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Gobernación. Consultado el 24 de octubre de 2018. En línea: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D50.pdf>

Por otro lado, en el Artículo 12, afirma que los Estados deberán reconocer el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberán asegurar las medidas necesarias para; a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

4. La ***Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica” (1981)***⁴⁸, publicada en el DOF en mayo de 1981. Establece la obligación del Estado de tomar medidas apropiadas para asegurar la igualdad de derechos y la adecuada equivalencia de responsabilidades de los cónyuges en cuanto al matrimonio durante el matrimonio y en caso de disolución del mismo y la protección a la infancia.
5. ***Declaración y Programa de Acción de Viena (1993)***⁴⁸, adoptado en 1993. Se reconocen en el punto 18, “*los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos*”.
6. La ***Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo (2008)***⁴⁹. Publicada en el DOF el 2 de mayo de 2008. Establece la responsabilidad del Estado mexicano de poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones a la familia, matrimonio, paternidad y relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igual condiciones que las demás (Artículo 23). Asimismo se mandata en el **inciso b)** que se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a

⁴⁸ SEGOB, 2018. Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”, 1981. En Tratados y declaraciones sobre Derechos Humanos de la Unidad de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Gobernación. Consultado el 24 de octubre de 2018. En línea:

<http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D1BIS.pdf>

⁴⁹ SEGOB, 2018. Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993. En Tratados y declaraciones sobre Derechos Humanos de la Unidad de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Gobernación. Consultado el 24 de octubre de 2018. En línea:

<http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%2033.pdf>

⁵⁰ SEGOB, 2018. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo, 2008. En Tratados y declaraciones sobre Derechos Humanos de la Unidad de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Gobernación. Consultado el 24 de octubre de 2018. En línea: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D39TER.pdf>

tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos; por su parte el inciso c) establece que las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.

De lo anterior podemos observar que no existe un reconocimiento explícito de los derechos reproductivos y sexuales de las personas, por lo menos en los Convenios, pactos y declaraciones firmadas por México, sin embargo sí se señala el derecho de las personas a decidir de manera libre y responsable el número de hijos y el acceso a la salud y educación en torno a la planificación familiar, quizá el instrumento más robusto en términos de garantizar dicho derecho para las mujeres será la *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)* y la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo(2008)*, mismas que pugna por un reconocimiento de los derechos del las personas en materia de derechos reproductivos.

Los derechos reproductivos y sexuales son derechos interdependientes y complementarios de un derecho a la vida; la reproducción será un atributo y facultad de la persona humanan, inherente a su personalidad y posee un carácter universal, por lo que es considerado como un hecho jurídico que deberá ser parte del conjunto de los derechos humanos.

Por lo que es conveniente recordar que, a partir de 2011, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, considera jerárquicamente a los tratados internacionales en materia de derechos humanos al mismo nivel que la Constitución por lo que se vuelven instrumentos que proporcionan una base legal más sólida para garantizar lo derechos reproductivos de las personas⁶⁰.

⁶⁰ Contradicción de Tesis 293/2011. “SCJN determina que las normas sobre derechos humanos contenidas en Tratados Internacionales tienen rango constitucional”. En Seguimiento de Asuntos Resueltos por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Consultado 26 de octubre 2018. En línea.

<http://www2.scjn.gob.mx/asuntosrelevantes/pagina/seguimientoasuntosrelevantespub.aspx?id=129659&seguimientoid=556>

Derechos Reproductivos reconocidos por las leyes nacionales.

Por distintos autores se reconoce que, los derechos reproductivos de hombres y mujeres, fueron planteados en la Constitución, por primera vez, a partir de la Reforma Constitucional al Artículo 4, en 1974, dicho artículo aún conserva las reformas hechas durante ese periodo y como se trabajó en párrafos previo las modificaciones a los párrafos constitucionales aquí mencionados, responde a exigencias y luchas de movimiento feminista por modificar las relaciones patriarcales en torno a su capacidad reproductiva de las mujeres, entendidos como interés a nivel interno e intereses a nivel externo (Bernal B. G., 1984; Sánchez, 2009; Espinoza & Lau Jaiven, 2011)

En cuanto a la maternidad, el Artículo 123 constitucional, en sus fracciones V y XV del apartado A y XI inciso C del apartado B, establecen las normas mínimas de protección a la maternidad y a la lactancia:

Artículo 123...

A. [...]

*V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; **gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos;***

Fracción reformada DOF 31-12-1974

[...]

XV. El patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas. Las leyes contendrán, al efecto, las sanciones procedentes en cada caso;

Fracción reformada DOF 31-12-1974

B. [...]

XI. [...]

*c) **Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente***

para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

Inciso reformado DOF 31-12-1974.

De las disposiciones Constitucionales, antes mencionadas se desprenden Códigos, Leyes y Normas, en las que se establecen los lineamiento, instrumentos y mecanismos mediante los cuales se pueden hacer efectivos estos derechos, a continuación, se hace un breve resumen de las leyes y sus respectivas leyes reglamentarias que incorporan derechos reproductivos o refieren a una maternidad libre:

- **Código Civil Federal (1928)⁵¹:** En esta ley se procuran obligaciones para la madre, como el no dejar de reconocer a su hijos e hijas; sin embargo, al padre sólo se le obliga a no desconocer a sus hijos mientras se encuentren en matrimonio y los hijos fuera del matrimonio, se establece el reconocimiento voluntario. Por otro lado, la ley establece la responsabilidad de madre del cuidado de los hijos menores de siete años, en caso de disolución del matrimonio.
- **Código Penal Federal (1931)⁵²:** Reconoce dentro de los delitos contra las Salud, los delitos contra los derechos reproductivos, como la inseminación artificial, sin consentimiento o con el consentimiento de un menor de edad o incapaz de entender el significado del hecho; y la esterilización forzada. Así mismo, dentro del *Título decimonoveno. Delitos contra la vida y la integridad corporal. Capítulo III, Aborto*, aún penaliza a las mujeres que se realicen un aborto voluntariamente con penas de seis a un año de prisión.

⁵¹ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Código Civil Federal (1928). En *Leyes Federales Vigentes*. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2_090318.pdf

⁵² Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Código Penal Federal (1931). En *Leyes Federales Vigentes*. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_051118.pdf

- **La Ley General del Trabajo (1970)**⁵³: El Título Quinto de la ley referente al Trabajo de las Mujeres de los Artículos 169 al 172, hace referencia sobre licencias de maternidad, lactancias y cuidados materno, así como las normas de apoyo para la madre trabajadora, como guarderías y la protección que se requiere durante las horas de trabajo para las mujeres embarazadas. Cabe destacar que dicha la Ley, en 2012 incorporó a las obligaciones del patrón otorgar al trabajador permisos de *paternidad*, de cinco días laborales (Artículo 132, fracción XXVII Bis), periodo insuficiente, pues existen amplia diferencia entre mujeres y hombres respecto al tiempo que dedican al cuidado de sus hijos. Aunado a que no se considera la adopción de parejas homosexuales, mismas que en caso de adoptar ambos sólo se les reconoce 5 días con licencia de paternidad, en comparación con las seis semanas a las madres de hijos adoptivos. (Ver Tabla 2).
 - Sólo se encontró el Reglamento de los Artículos 121 y 122 de la Ley Federal del Trabajo, referentes a la declaración de impuestos.

- **Ley General de Población (1974)**⁵⁴: Actualmente le confiere a la Secretaría de Gobernación, realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública, así mismo vigilar que los programas se realicen con absoluto respeto a los *derechos fundamentales del hombre* y preservando la *dignidad de las familias* (Artículo 3, fracción II).

Como se mencionó en el Capítulo segundo de esta investigación será fruto de distintos acontecimientos ocurridos al interior como al exterior del país, como dimos cuenta.

- **Reglamento de la Ley General de Población (2000)**⁵⁵: define que la planificación familiar, en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es el ejercicio del derecho de toda persona a decidir, de

⁵³ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Ley Federal del Trabajo. En *Leyes Federales Vigentes*. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_220618.pdf

⁵⁴ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Ley General de Población. En *Leyes Federales Vigentes*. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_220618.pdf

⁵⁵ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Reglamento de la Ley General de Población. En *Reglamentos de Leyes Federales Vigentes*. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGP.pdf

manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. El reglamento contempla una sección dedicada específicamente a la Planificación Familiar, misma que abarca de los Artículo 13 al 23. Pero, podemos destacar los siguientes:

En el Artículo 16 refiere que la información y los servicios de salud, educación y demás similares, que estén relacionados con programas de planificación familiar, serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público. Así mismo, en el Artículo 17 alude a los programas de planificación familiar incorporarán el enfoque de género, mismo que no define, e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad. Sobre la educación e información refiere que deberán dar a conocer los beneficios y riesgos que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos y; orientar sobre las causas de infertilidad y medios para superarla. El Consejo Nacional de Población pondrá especial atención en proporcionar dicha información a los jóvenes y adolescentes (Artículo 18). Por su parte el Artículo 20 expone que: Los servicios de salud, salud reproductiva, educativos y de información sobre programas de planificación familiar garantizarán a la persona la libre decisión sobre los métodos que para regular su fecundidad desee emplear, mencionando que queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad⁶.

Finalmente, el Artículo 24, fracción VI, establece que los programas de población procurarán, entre otras cosas, fomentar la participación igualitaria de la pareja en las decisiones relativas a planificación familiar;

- **Ley General de Salud (1984)⁶:** Esta ley se centra en la *planificación familiar* y será ordenamiento base para la actuación de las autoridades federales y estatales en materia de

⁶ Lamentablemente actualmente dicha afirmación no se garantiza en todo el país pues, según da cuenta el GIRE, sólo en 15 Estados de la República se ha tipificado la Esterilización forzada. En el demás estado aún no se reconoce como delito. (Ver GIRE, [Esterilización Forzada en Códigos Penales](#))

⁶Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2019. Ley General de Salud. En *Leyes Federales Vigentes*. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf

salud. En este ordenamiento el artículo 3ro establece que la planificación familiar se encuentra entre los servicios básicos de salubridad general.

La ley cuenta con el capítulo específico sobre los *Servicios de Planificación familiar, integrado por los artículos 67 a 71*. De acuerdo con el **artículo 67** los servicios de planificación familiar, tendrán un carácter prioritario y la información sobre planificación deberá incluir a la población joven y adolescentes y para las comunidades indígenas la información sobre planificación deberá ser en español y en lenguas indígenas.

Del mismo modo, el artículo afirma que los servicios de planificación familiar constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Por su parte el **Artículo 68** señala que los servicios de planificación familiar comprenden; la promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población (CONAPO); es decir la política pública en materia de planificación aún continua insertas en las políticas de población y desarrollo (fracción I).

Así mismo, también comprenderá la atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar (fracción II); la asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar (fracción III); el apoyo y fomento de la investigación en la materia (fracción IV); y la participación en los mecanismos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de insumos de planificación familiar (fracción V).

El Artículo 69 establece que la Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por CONAPO para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación

sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

El Artículo 70 establece la responsabilidad de la Secretaría de Salud de coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del Programa Nacional de Planificación Familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su Reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

Asimismo, establece que la Secretaría de Salud en coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, impulsarán, entre otras, acciones en materia de educación sexual y planificación familiar dirigidas a la población adolescente.

En el Artículo 71 se establece que la Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (1986)⁵⁸: El Artículo 17 dispone que los establecimientos de carácter privado, colaborarán en la prestación de los servicios básicos de salud a que se refiere el Artículo 27 de la Ley General de Salud, con especial énfasis en la educación para la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria, *planificación familiar* y disponibilidad de insumos para la salud;

⁵⁸ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica . En Reglamentos de Leyes Federales Vigentes. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/reglev/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf

El Artículo 103, hace referencia a la posibilidad de que personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica pueda prestar, entre otros servicios los de obstetricia (como parteras) y planificación familiar.

Al igual que la ley, este reglamento cuenta con un específico denominado “*Disposiciones Para la Prestación de Servicios Planificación Familiar*” que comprende del artículo 116 al 119.

El Artículo 116 establece que le corresponde a la Secretaría dictar las Normas Oficiales Mexicanas (NOMs) para la prestación de los servicios básicos de salud en la materia de planificación familiar. Por su parte el Artículo 117 señala la responsabilidad de la Secretaría de proporcionar la asesoría y apoyo técnico que se requiera en las instituciones de los sectores público y social, así como en los establecimientos privados, para la adecuada prestación de los servicios básicos de salud en materia de planificación familiar.

El Artículo 118 obliga a las instituciones de los sectores público, social y privado a proporcionar de manera gratuita dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, de acuerdo a las NOMs que emita la Secretaría.

Finalmente, el Artículo 119 y 129 establecen que, para la realización de salpingoclasias y vasectomías, será indispensable obtener la autorización expresa y por escrito de los solicitantes, previa información a los mismos sobre el carácter de la intervención y sus consecuencias. Así mismo señala que dichas intervenciones deberán llevarse a cabo de conformidad con las NOMs correspondientes.

- **La Ley General de Educación (1993)**⁹⁹: en el Artículo 7, fracción X, señala que la educación impartida por el Estado y demás órganos deberá desarrollar actitudes para el

⁹⁹ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Ley General de Educación. En Leyes Federales Vigentes. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137_190118.pdf

ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana. Sin embargo, no existe un reglamento que permita establecer las bases para su ejecución en las aulas, pues la información proporcionada a los alumnos muchas veces será mediatizada por los profesores, que no se encuentran capacitados para conducir dichos temas *tabús* frente a los alumnos (Pérez Duarte (1999) en Sánchez (2009)).

- No se encontró reglamento de la Ley General de Educación a nivel nacional, ni estatal
- **La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003)**⁶⁰; entre otras formas de discriminación reconoce el Artículo 9, fracción V, la negación o limitación sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como impedir el libre ejercicio de la determinación y espaciamento de los hijos e hijas.
 - No se cuenta con un **Reglamento General para prevenir y eliminar la Discriminación**, sin embargo los siguientes estados sí cuentan con Reglamento vigente: Aguascalientes, Sinaloa, Chihuahua, Morelos, Tlaxcala, Guanajuato, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Coahuila, Jalisco, Veracruz, según se pudo constatar en el Sistema de Consulta de Ordenamientos de la Suprema Corte.
- **Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2006)**⁶¹: para la promover la igualdad en el acceso a los derechos sociales y el pleno disfrute de éstos, así como la igualdad en la vida civil, mandata a la política nacional y dependencias correspondientes promover campañas nacionales permanentes de concientización para mujeres y hombres sobre su participación equitativa en la atención de las personas dependientes de ellos; y contribuir a un reparto más equilibrado de las responsabilidades familiares reconociendo a los padres biológicos y por adopción el derecho a un permiso y a una prestación por paternidad, en términos de la Ley Federal del Trabajo.

⁶⁰ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003). En Leyes Federales Vigentes. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_210618.pdf

⁶¹ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2006). En Leyes Federales Vigentes. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH_140618.pdf

- **Reglamento de Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (-):** A nivel nacional no se cuenta con un reglamento de la Ley, sin embargo, a nivel estatal, sí existen estados que cuentan con el Reglamento, como: Baja California, Colima y Coahuila e incluso el Estado de México y otros 17 estados más, según el Sistema de Consulta de Ordenamientos de la Suprema Corte.
- **Ley de Acceso a una Vida libre de Violencia (2007)⁶²:** Confiere a la Secretaría de Educación (SEP), en su Artículo 45, la responsabilidad de desarrollar programas educativos, en todos los niveles de escolaridad, que fomenten la comprensión adecuada al ejercicio del derecho a una paternidad y maternidad libre, responsable e informada, como función social y el reconocimiento de la responsabilidad compartida de hombres y mujeres en cuanto a la educación y el desarrollo de sus hijos; lo que se traduce en un reforzamiento de las responsabilidades otorgadas en la Ley General de Educación.
 - **Reglamento de la Ley General De Acceso De Las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2008):** No se detectó alguna referencia que se vincule con derechos sexuales y reproductivos o salud sexual y reproductiva en el Reglamento.

Esta ley será aprobada gracias a que mujeres feministas, como Marcela Lagarde, participaron en su creación en la Legislatura LIX, en su formulación y posterior cabildeo para su aprobación.

- **Ley General de los Derechos de Niños y Adolescentes (2014)⁶³:** esta ley en su Artículo 50, establece que los niños y niñas tienen derecho a disfrutar el más alto nivel de salud, así mismo, establece la obligación de establecer una coordinación entre autoridades federal, entidades federativas y demás demarcaciones para el desarrollo de atención sanitaria preventiva y orientación a quienes ejerzan la patria potestad de niñas, niños y adolescentes en torno a *salud reproductiva y sexual*, concepto que en una primera versión

⁶² Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Ley de Acceso a una Vida libre de Violencia (2007). En Leyes Federales Vigentes. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_220618.pdf

⁶³ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Ley General de los Derechos de Niños y Adolescentes (2014). En Leyes Federales Vigentes. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_220618.pdf

de ley si se reconocía los *derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes*, pero en su aprobación se cambia a salud sexual y reproductiva⁶⁴.

- **Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2 dic 2015)**⁶⁵: el Reglamento no contempla ningún artículo referente a salud sexual y/o reproductiva.
- **Ley General para la Inclusión de las personas con discapacidad (2011)**⁶⁶: El Artículo 7, fracción X, mandata a la Secretaría de Salud “crear programas de orientación, educación, y rehabilitación⁶⁷ sexual y reproductiva para las personas con discapacidad y sus familias”. En esta ley no queda lo suficiente claro si a las personas con alguna discapacidad se les reconoce su derecho a decidir el número de hijos que deseen tener.
 - **Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (2012)**⁶⁸: En el Artículo 17, establece que la Secretaría de Salud desarrollará acciones de promoción en materia de salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad, en las que se priorice la facilitación de información accesible en la materia, así como alternativas para su orientación y atención personalizada. Por su parte, las acciones que se generen para proporcionar educación sexual a personas con discapacidad, éstas deberán brindar contenidos que respeten sus derechos humanos. Así mismo, la SEP junto con el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, deberán impulsar la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal, , que

⁶⁴La Cámara de Senadores, modificó la iniciativa de la Cámara de Diputados, al cambiar entre otras cosas, el término de derecho reproductivos por salud sexual y reproductiva; si bien una primera impresión del cambio podría deberse a que de manera general en ninguna ley, a nivel nacional, se precisa que se entiende por derechos reproductivos y sí sobre salud reproductiva, haciendo una revisión en la prensa se pudo observar que, según información de la Agencia Católica de Informaciones, fue gracias al cabildeo en el Senado de agencias próvida (CitizenGO, la Comisión Mexicana de Derechos Humanos, Red Familia, Unión Nacional de Padres de Familia, ConFamilia, ConParticipación, Incluyendo México, Red ProYucatán, VozPublica) que se modificó en la Ley la redacción los “falsos derechos sexuales y reproductivos”, como lo denominan dichos grupos, por salud sexual y reproductiva. (Ver: Aciprensa, 2014. Senado de México rechaza “derechos sexuales y reproductivos” para menores. Consultado 26 de octubre de 2018. En línea: <https://www.aciprensa.com/noticias/senado-de-mexico-rechaza-derechos-sexuales-y-reproductivos-para-menores-78554>).

⁶⁵ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2015). En Reglamentos de Leyes Federales Vigentes. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGDNNA.pdf

⁶⁶ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Ley General para la Inclusión de las personas con discapacidad (2011). En Leyes Federales Vigentes. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD_120718.pdf

⁶⁷ **Rehabilitación.** Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social (Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad, Artículo 2, fracción XXXI)

⁶⁸ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018. Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (2012). En Reglamentos de Leyes Federales Vigentes. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGIPD.pdf

satisfagan todos aquellos perfiles que directamente inciden en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad, para lo cual deberán considerar entre otro *Sexualidad y discapacidad*, (Artículo 12, fracción XII de la Ley y Artículo 40, fracción X de Reglamento).

Del análisis hecho, podemos observar que, a partir de la década de los setenta, se vienen efectuando una serie de modificaciones legales en torno a la reproducción de las mujeres y su maternidad. Así mismo, se evidencia en qué medida se han incorporado y legislado en torno a la reproducción y maternidad de las mujeres y por otro, evidenciar las instituciones que aparte de la Secretaria de Salud se encuentran involucradas en garantizar los derechos reproductivos de las mujeres, como la Secretaria de Educación Pública (SEP), la Secretaria del Trabajo (ST), la Secretaria de Gobernación (SEGOB), el Consejo Nacional de Población (CONAPO) entre otros que no analizaremos a profundidad pero es importante tener en cuenta que existen.

Como se mencionó antes, no se considera en este trabajo que legislar en materia del adelanto de las mujeres sea suficiente, sin embargo, este análisis permite observar como a aún seguimos conservado legislaciones de la década de los setenta que nos permiten observar el estereotipo de mujer que se tenía en la época. Específicamente cómo a pesar de que en la Ley de Igualdad de 2006 se habla de la necesidad de que hombres y mujeres compartan responsabilidades en los cuidados, el Código Civil aún no modifica que sea la mujer la única responsable del cuidado de los hijos fuera del matrimonio, delegando la responsabilidad a la mujer y deslindando de la responsabilidad al hombre.

Derechos reproductivos en la legislación de la Ciudad de CMéxico.

Respecto a las Leyes a nivel estatal, la mayoría de las leyes antes mencionadas se encuentran armonizadas en la Ciudad de México e incluso podemos observar un avance en términos de reconocer los derechos reproductivos de las personas. A continuación, el análisis:

Constitución Política de la Ciudad de México (2017)

A partir de la publicación de la nueva Constitución de la Ciudad de México, publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad el 5 de febrero de 2017, en el Artículo 6 referente a las libertades y derechos podemos observar que en los fracción E y F, ya se encuentran reconocidos los derechos reproductivos y sexuales, estableciendo en términos *de derechos sexuales* que toda persona tiene derecho a la sexualidad; a decidir sobre la misma y con quién compartirla; a ejercerla de forma libre, responsable e informada, sin discriminación, con respeto a la preferencia sexual, la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y las características sexuales, sin coerción o violencia; así como a la educación en sexualidad y servicios de salud integrales, con información completa, científica, no estereotipada, diversa y laica. Se respetará la **autonomía progresiva**⁹⁹ de niñas, niños y adolescentes (Artículo 6, fracción E). Por otro lado, como parte de *derechos reproductivos* se establece que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, voluntaria e informada tener hijos o no, con quién y el número e intervalo entre éstos, de forma segura, sin coacción ni violencia, así como a recibir servicios integrales para acceder al más alto nivel de salud reproductiva posible y el acceso a información sobre reproducción asistida. Las autoridades adoptarán medidas para prevenir, investigar, sancionar y reparar la esterilización involuntaria o cualquier otro tipo de método anticonceptivo forzado, así como la violencia obstétrica (Artículo 6, fracción F)¹⁰⁰.

⁹⁹ Según Gonzalez Control, “el principio de autonomía progresiva prescribe el reconocimiento de la capacidad de autodeterminación como una aptitud que se va desplegando gradualmente a lo largo de la vida. De acuerdo con esta interpretación, se debe conceder facultad para decidir sobre los asuntos que conciernen al individuo en la medida en que va alcanzando cierto grado de madurez. Así, la ley debe hacer distinciones entre las etapas de desarrollo en relación con los asuntos en que el individuo tiene capacidad para intervenir. La competencia para decidir con cuál de los padres quiere vivir el niño en un proceso de divorcio o la necesidad del consentimiento para la formalización de la adopción a partir de cierta edad, constituyen ejemplos de la aplicación de este principio en la legislación. De igual manera, la idea de autonomía progresiva debe ser considerada en la aplicación de cualquier derecho del niño o adolescente.” (Gonzales, 2009. GONZÁLEZ CONTRÓ, Mónica. La reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes. Cuestiones Constitucionales Revista Mexicana de Derecho Constitucional, [S.l.], jan. 2009. ISSN 2448-4881. Disponible en: <<https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/cuestiones-constitucionales/article/view/5866/7777>>. Fecha de acceso: 24 oct. 2018 doi:<http://dx.doi.org/10.22201/ijj.24484881e.2009.20.5866>.

¹⁰⁰ Constitución Política de la Ciudad de México, 2017. En línea:

http://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/5ce082b97c1d162262f168cd2612088d.pdf

Código Civil para el Distrito Federal (1928).

En el Código Civil de la Ciudad de México se afirma que tanto padre como madre están obligados a reconocer a sus hijos. (Artículo 60) Por otro lado en el Artículo 97 se establece que el Juez del Registro Civil hará del conocimiento de los pretendientes a contraer matrimonio que es requisito para -supongo pues la redacción no es del todo clara- tomar el curso prenupcial impartido por el Gobierno del Distrito Federal a través de la Dirección General del Registro Civil, mismo que serán impartidos por personal profesional capacitado que determine el Director General del Registro Civil. Estos cursos versarán sobre temas como la prevención de la violencia familiar, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, el respeto a la equidad de género, relaciones de pareja, fines del matrimonio, derechos y obligaciones de los cónyuges, el régimen patrimonial en las capitulaciones matrimoniales, entre otros aspectos.

El Código Civil, emite regulación sobre la maternidad y paternidad que, por fines prácticos en este documento, no se analizarán pero se considera que pueden ser objeto de investigaciones futuras; como el tema de la reproducción asistida, tema de gran debate a nivel internacional, pero aún en desarrollo en México.

Código Penal para la Ciudad de México (2012).

El Código reconoce dentro del capítulo de Violencia familiar, en el Artículo 201, fracción VI, la *Violencia contra los derechos reproductivos*: considerada como toda acción u omisión que limite o vulnere **el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva**, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto en los ordenamientos relativos para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia.

Por otra parte, en el Capítulo V. Aborto señala la pena para las mujeres que deciden interrumpir un embarazo después de las doce semanas de gestación y sobre los abortos forzados, la exclusión del delito de aborto en caso de una violación y finalmente la obligación de los médicos de proporcionar a la mujer embarazada, información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable.(Artículos 144-148)

Asimismo, existe un Título Segundo sobre Delitos Contra la Libertad Reproductiva que contempla los Artículo 149 al 153, que comprende delitos por disposición de óvulos, inseminación artificial e implantación de un óvulo sin consentimiento, esterilización forzada, con penas de tres a catorce años de prisión, dependiendo de ciertos agravantes como en menores de edad e incapaces de comprender el hecho, así como por ser con uso de violencia.

Ley de Educación de la Ciudad de México (8 de junio 2000)⁷¹.

En el Artículo 10, fracción XVI, se establece que la educación que imparta el Gobierno del Distrito Federal se basará en los principios del Artículo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y tendrá entre otros objetivos educar para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad, la planificación familiar y la paternidad y maternidad responsables, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana.

El Artículo 13, fracción XXXVIII establece que la Secretaría de Educación del Distrito Federal tendrá entre sus atribuciones elaborar el **Programa Escolar de Educación en la Sexualidad del Distrito Federal**, mismo que contemplará los aspectos de la planificación familiar, la paternidad y la maternidad responsable, las enfermedades de transmisión sexual; y la prevención y detección temprana del cáncer de mama y cérvico uterino.

⁷¹ DOF, (2000) Ley de Educación del Distrito Federal. Vigente. Consultado el 26 de octubre de 2018. En línea:

Los Artículos 44, 45, 51, establecen que, como parte de la educación primaria, secundaria y en la preparatoria se contemplan temas el conocimiento integral de su cuerpo y la sexualidad, así como a la reproducción humana, la planificación familiar, a la paternidad y maternidad responsables; así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Respecto a la implementación del *Programa Escolar de Educación en la Sexualidad del Distrito Federal* este debió ser implementado a partir de 180 días de la población de la reforma en mayo de 2008.

Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres (15-mayo-2007)²³

El Artículo 6 de la ley establece que la igualdad entre mujeres y hombres implica la eliminación de toda forma de discriminación, directa o indirecta, que se genere por pertenecer a cualquier sexo, y especialmente, las derivadas de la maternidad, la ocupación de deberes familiares y el estado civil. Por otro lado, dentro del Capítulo Primero sobre la Política en Materia de Igualdad Sustantiva²³, se establece en el Artículo 10, fracción VI, que la Política en materia de igualdad sustantiva que se desarrolle en todos los ámbitos de gobierno en el Distrito Federal, entre otras cosas deberá establecer Leyes para erradicar la violencia de género y la violencia familiar; así como, la protección de los derechos sexuales y reproductivos y sus efectos en los ámbitos público y privado.

Por su parte en el Artículo 21, fracción II se establece la obligación de los *entes públicos*²⁴ de garantizar el derecho a la igualdad entre mujeres y hombres, de acuerdo a lo establecido en el artículo cuarto constitucional por lo que deberán garantizar entre otras cosas la convivencia armónica y equilibrada en los ámbitos de la vida personal, laboral y familiar, lo que se considerará como el derecho de conciliación, encaminado a lograr el pleno desarrollo de los individuos. Por lo que para contribuir al reparto equitativo de las responsabilidades familiares y

²³DOF, (2007) Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en el Distrito Federal. Vigente. Consultado el 26 de octubre de 2018. En línea: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Distrito%20Federal/wo75491.pdf>

²⁴ La igualdad sustantiva es definida por la Ley analizada como es el acceso al mismo trato y oportunidades, para el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales (Artículo 5, fracción IV de la Ley de Igualdad Sustantiva entre mujeres y hombres)

²⁵ Se considera ente público a toda dependencia o entidad gubernamental, plenamente identificable, que ha sido creado por mandato Constitucional, Ley o Decreto que maneje o administre recursos públicos (SHCP, 2009, pp. 4-7).

en cumplimiento a la igualdad sustantiva en la Ciudad de México se reconocerá el derecho de las madres y padres por adopción, este último también por consanguinidad a permisos por 15 días naturales.

Si bien se nota un pequeño avance, la ley sólo hace referencia a la obligación de los entes públicos o entidades del gobierno de la Ciudad de México, a fomentar la igualdad sustantiva, mas no lo garantiza a aquellos trabajadores y trabajadoras de empresas privada.

Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal (24 de febrero de 2011)

El Artículo 6 establece como conductas discriminatorias, entre otras cosas: ocultar, limitar o negar la información relativa a los derechos sexuales y reproductivos; o impedir el ejercicio del derecho a decidir el número y espaciamiento de las hijas e hijos.

El Artículo 23, establece que los entes públicos llevarán a cabo, entre otras medidas positivas a favor de la igualdad de oportunidades para las mujeres: dar atención, asistencia, información, educación y asesoría en la salud, así como salud sexual y reproductiva, de forma completa, actualizada, personalizada y libre de estereotipos, prejuicios o estigmas; **garantizando el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo**, sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos así como la disponibilidad de medicamentos y anticonceptivos en todas las instituciones de salud (fracción IV).

Por su parte en el Artículo 25, se establecen medidas positivas a favor de la igualdad para las y los jóvenes como ofrecer información completa y actualizada, libre de prejuicios y estereotipos, así como asesoramiento personalizado y educación sobre salud, salud sexual y reproductiva, incluyendo VIH-Sida y enfermedades de transmisión sexual y adicciones, con respeto a la identidad, intimidad, libertad y seguridad personal de las y los jóvenes a fin de alcanzar una salud integral(fracción V); asimismo se establece en la fracción VI, la medida de fortalecer los servicios médicos de salud sexual y salud reproductiva, considerando la accesibilidad, calidad y disponibilidad de una amplia gama de métodos anticonceptivos para las y los jóvenes, así como

dar atención prioritaria a jóvenes embarazadas en todo lo relacionado con salud sexual, reproductiva, materna y perinatal (fracción VII).;

Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (29 de enero de 2008).

Esta ley dentro de los tipos de violencia, reconoce la *Violencia contra los derechos reproductivos*, misma que se definen como toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de Ley los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por la ley para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia; (Artículo 6, Fracción VI).

Por su parte el Artículo 18, fracción III, mandata a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, generar y difundir información sobre los derechos sexuales y reproductivos; prevención de las enfermedades de transmisión sexual, adicciones, accidentes; interrupción legal del embarazo, salud mental, así como todos aquellos tendientes a prevenir la violencia contra las mujeres, del mismo modo establece su obligación de *proporcionar atención en salud reproductiva de las mujeres*, en especial de aquellas que se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad⁷⁵ *y/o privadas de su libertad* (Artículo 36, fracción IV); por su parte las obligaciones de la SEP, será diseñar y difundir materiales educativos con información sobre los derechos sexuales y reproductivos y para prevenir el abuso sexual infantil (Artículo 19, fracción VII).

Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal (10 septiembre 2010).

El Artículo 16, fracción IX establece que entre otras atribuciones la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, deberá crear en colaboración con el *Instituto de las Personas con*

⁷⁵ Esta se define como: Mujeres en condición de vulnerabilidad: Aquellas en mayor situación de riesgo de ser víctimas de violencia en atención a su raza, origen étnico, edad, discapacidad, condición social, económica, de salud, embarazo, lengua, idioma, religión, opiniones, orientación sexual, estado civil; cuando tengan la calidad de migrante, refugiada, desplazada o privadas de la libertad por mandato judicial; sea víctima de trata de personas, turismo sexual, prostitución, pornografía, privación de la libertad o cualquier otra condición que anule o menoscabe su derecho a una vida libre de violencia; (Artículo 3, fracción IX en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal)

Discapacidad de la Ciudad de México y el DIF CDMX, programas de orientación, consejería y educación en materia de los derechos sexuales y reproductivos para las personas con discapacidad y sus familias, incluyendo la habilitación y rehabilitación sexual y reproductiva, la prevención de violencia y abusos sexuales, así como la prohibición de esterilizaciones forzadas.

Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México (12 nov 2015).

El Artículo 34, fracción VIII establece que las autoridades y los órganos político administrativos para garantizar la igualdad sustantiva deberán, entre otras cosas impulsar campañas, que de manera científica y veraz brinden información sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Dichas campañas deberán diseñarse e implementarse de acuerdo con la edad, desarrollo evolutivo, cognitivo y grado de madurez de las niñas y adolescentes a las que van dirigidas.

Por otra parte, dentro de esta Ley en el artículo 47 se contempla un capítulo destinado al Derecho a la Protección de la Salud y a la Seguridad Social, que las autoridades y los órganos político administrativos, en el ámbito de sus respectivas competencias, en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de, entre otras cosas, implementar estrategias de información y educación sexual y reproductiva para niñas, niños y adolescentes garantizando el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a métodos anticonceptivos:

En el Artículo 50. Las autoridades y los órganos político administrativos, en el ámbito de sus respectivas competencias impulsarán las acciones necesarias para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de niñas, niños y adolescentes, estableciendo entre otras medidas las siguientes:

- Proporcionar asesoría y orientación gratuita sobre salud sexual y reproductiva,
- Prevenir embarazos de las niñas y las adolescentes;
- Proporcionar servicios gratuitos y profesionales en materia de salud sexual y reproductiva.
- Desarrollar campañas de comunicación masiva para prevenir el abuso sexual de niñas, niños y adolescentes, así como para el normal desarrollo psicosexual de las niñas y niños.

Por su parte, el Artículo 53 establece que las niñas, niños y adolescentes con discapacidad tienen derecho a vivir en una sociedad inclusiva, a ser parte de una familia, a la atención, el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, incluido el derecho a mantener su fertilidad, en igualdad de condiciones que las demás personas.

Conclusiones al Análisis de Marco Jurídico.

Para el análisis de marco jurídico se hizo necesario remitirse a los tratados internacionales firmados por México, así como a las Leyes y códigos nombrados a lo largo de este capítulo. Se presentaron algunas dificultades en un inicio especialmente en las leyes pues algunas no se encontraban en sus versiones más actualizadas.

Las principales fuentes consultadas fueron:

- Para la consulta de las leyes federales vigentes se consultó la página de la Cámara de Diputados, misma que sí contaba con todas las leyes federales vigentes, así como las últimas reformas.
- La página del Diario Oficial de la Federación, en la sección de Leyes y Reglamentos de los ámbitos estatal y de la Ciudad de México.
- Finalmente, como páginas de apoyo en la consulta de las leyes de la Ciudad de México se recurrió a la página del Gobierno de la Ciudad de México, en la sección de Marco Jurídico de la Ciudad de México, así como la página de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en específico se utilizó el Sistema de Consulta de Ordenamiento de la dependencia, para identificar si las leyes se encontraban vigentes.

En términos de los resultados obtenidos de la búsqueda resultó interesante encontrarse dentro de las leyes un avance mucho mayor en la legislación aprobada en la escala estatal, pues si bien existe un discurso que evidencia la importancia de los tratados internacionales y la declaraciones; esta investigación me permitió evidenciar que en términos de lo firmado de manera explícita por el gobierno mexicano, los derechos reproductivos y sexuales no se encuentran redactados en ningún tratado de carácter obligatorio, de manera explícita, caso contrario de la legislación de la

Ciudad de México, pues en la Constitución de la Ciudad de México, aprobada en 2017 ya se reconocen los derechos sexuales y reproductivos de forma más acabada.

Por otro lado, al tiempo que ratificamos los avances en materia jurídica en la Ciudad de México, también se puede observar que, a nivel Federal, aún falta un largo camino en materia jurídica a favor de los derechos reproductivos de las mujeres, pues aún se observan leyes que no contemplan los derechos reproductivos de las mujeres o simplemente obstaculizan el libre ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres, como es el caso de los Códigos Penales y Civiles Nacionales.

Por otro lado, a partir de la búsqueda de esta información pudimos percatarnos de otros actores sociales que intervienen en la aprobación del marco jurídico, como grupos pro vida como *CitizenGO*, *la Comisión Mexicana de Derechos Humanos*, *Red Familia*, *Unión Nacional de Padres de Familia*, *ConFamilia*, *ConParticipación*, *Incluyendo México*, *Red ProYucatán* y *Voz Pública* que han cabildeado en la Cámara de Diputados y Senadores para que los derechos reproductivos no se manifiesten de manera explícita en la legislación, tanto a nivel nacional como estatal, por lo que los grupos religiosos conservadores, serán un actor clave en el análisis de los derechos reproductivos y una libre maternidad que sí bien no nos centramos en ellos, a lo largo de la investigación pudimos detectar que se encontraban presentes.

Se logró observar que la formulación de leyes y la modificación de sus artículos en materia de derechos humanos de las mujeres, forma parte del trabajo de mujeres en Congreso de distintas escalas, es decir en espacios públicos a los que las mujeres han llegado gracias a una intensa lucha, pero por otro lado podemos observar como esos espacios están en constante transformación y tensión por parte de todos los actores que la conforman, por tanto nos muestra la complejidad del análisis del tema jurídico.

Finalmente, en la línea del tiempo siguiente podemos observar el proceso de aprobación del marco jurídico de manera conjunta y observar las diferencias según la escala, pues como se observó a lo largo del capítulo 3 y el capítulo 4, la aprobación del marco jurídico en materia de derechos reproductivos ha implicado un proceso de lucha por parte de feministas en distritos

espacios y en distintas escalas. Si bien observamos avances, también se observan desequilibrios legales en la escala nacional, respecto a la Ciudad de México. En la escala nacional observamos huecos legales al no contar normas reglamentarias en leyes consideradas fundamentales para el adelanto de las mujeres como la *Ley de Igualdad entre Mujeres y Hombres*; por su parte la Ciudad de México a partir de la aprobación de la Constitución de 2017 abre nuevas posibilidades de seguir avanzando en materia de derechos reproductivos bajo un marco de derechos humanos, así como la modificación y reforzamiento legal que permita la incorporación de los derechos reproductivos en leyes en las que es fundamental incorporar los derechos reproductivos

Escala Internacional

- 1981-Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)
- 1981-Paeto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
- 1981-Convención Americana sobre Derechos humanos Pacto de San José de Costa Rica.
- 2008-Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo.



Escala Nacional

- 1931-Código Penal Federal
- 1928-Código Civil Federal
- 1974-Ley General de Población
- 1974-Reforma Constitucional al Artículo 4, 123
- 1976-Ley General del Trabajo
- 1993-Ley General de Educación
- 1984-Ley General de Salud
- 1986-Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- 2000- Reglamento de la Ley General de Población
- 2007- Ley de Acceso a una Vida libre de Violencia
- 2006-Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
- 2003-La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
- 2014-Ley General de los Derechos de Niños y Adolescentes.
- 2011-Ley General para la Inclusión de las personas con discapacidad
- 2015-Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niños, Niños y Adolescentes
- 2012- Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad

Escala Municipal

- 1928-Código Civil para el Distrito Federal
- 2016- Reglamento de la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México.
- 2011- Reglamentaria de La Ley De Salud Del Distrito Federal
- 2009 -Reglamento de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal
- 2010-Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal
- 2009-Ley de Salud del Distrito Federal
- 2008-Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal
- 2010-Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México
- 2017-Constitución Política de la Ciudad de México
- 2012- Código Penal para la Ciudad de México
- 2011-Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal

Ilustración 1. Línea del tiempo del marco jurídico relacionado con los derechos reproductivos y sexuales.

Capítulo 4. Análisis de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México como garante de los derechos reproductivos y la libre maternidad.

Programas de la Secretaría de Salud en materia derechos reproductivos y libre maternidad.

Como hemos enunciado en párrafos previos, a partir la consagración del derecho a la protección de la salud en el Artículo 4to Constitucional en 1983 y de la posterior publicación de la Ley General de Salud en 1984 vigente hoy en día, la Secretaría de Salud será la encargada de coordinar el Sistema Nacional de Salud, figura creada a partir de dicha ley y que se define en el Título Segundo:

Artículo 5o.- El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud (Ley General de Salud, Artículo 5).

Aunado a lo dicho la Secretaría de Salud, como se revisó en marco jurídico, será la encargada de coordinar las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del *Programa Nacional de Planificación Familiar*.

Según da cuenta Gisela Espinosa y Lorena Paz (2004), a nivel federal, a raíz de que México suscribe en 1994 el *Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*, el gobierno mexicano iniciará el diseño de políticas y programas de salud sexual y reproductiva con una nueva visión y con la intención expresa de superar desigualdades de género (Espinosa & Paz, 2004). Las mismas autoras, afirma que en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Planificación familiar de 1995-2000, del gobierno de Ernesto Zedillo, incluía una visión *holística* de la Salud Sexual y Reproductiva, pues contemplaba ocho componentes:

- Planificación familiar;
- *salud sexual y reproductiva de adolescentes*;
- salud perinatal;
- riesgo preconcepcional;
- enfermedades de transmisión sexual;
- prevención y detección de neoplasias del tracto reproductor de la mujer;
- climaterio y posmenopausia;

- y perspectiva de género.

Sin embargo, pese a las buenas intenciones del Programa, no se considera algún cambio legislativo, en el ámbito federal, que integre los derechos sexuales y reproductivos; aunado a una falta de recursos financieros, rezago social y falta de inercias culturales e institucionales, según señala Espinoza (2000) (Espinoza, 2000 en Espinoza & Paz, 2004).

Por ejemplo, las autoras Espinoza & Paz (2004) también dan cuenta como el Programa de Salud Reproductiva 2001-2006, de la administración de Vicente Fox, altamente conservadora, reducirá el Programa Nacional a un Programa de Acción del Programa Nacional de Salud, y estará centrado únicamente en la planificación familiar, bajo el principal interés de reducir las tasas de fecundidad, antes que integrar la visión integral de Salud Sexual y Reproductiva con perspectiva de género⁸.

En los sexenios posteriores el Programa se denominó *Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2007-2012 y 2013-2018* y a pesar de incorporar categorías como género y salud sexual y reproductiva, serán conceptos vacíos de contenido pues la política en general será dirigida a preservar las tasas de fecundidad y abastecer de anticonceptivos, sin atender a la visión holística de los conceptos de derechos reproductivos y sexuales.

Así mismo, es interesante resaltar que en la administración del Presidente Enrique Peña Nieto, se creó el *Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018*, ante el aumento de embarazos en niñas y adolescentes. Sin embargo, a pesar de usar los términos de *Salud Sexual, Salud Reproductiva y género* al revisar el programa los objetivos siguen siendo encaminados a la reducción de la fecundidad, antes que garantizar sus derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente:

1. *Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes.*
2. *Reducir embarazos no planeados e ETS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.*

⁸ Ver: GIRE, 1995. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1995- 2000, Poder Ejecutivo Federal, México. Lamas, Marta

3. *Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente.* (Programa de Acción específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018)

A partir de lo mencionado, podemos afirmar que en términos generales, las políticas de salud sexual y reproductiva, se ha sustituido el término *planificación familiar* por el de *salud sexual y reproductiva* en los programas y su objetivo principal será el acceso a métodos anticonceptivos, principalmente para mujeres; aunado a algunas acciones encaminadas a incrementar la responsabilidad de los padres en la reproducción y paternidad, pero se sigue sin aplicar en términos de derechos reproductivos y sexuales, entendidos como derechos humanos que permitan el libre desarrollo de las personas, en específico de las mujeres.

Para el caso de la Ciudad de México podemos observar los mismo patrones, sin embargo a nivel de la *Ley de Salud del Distrito Federal*, el término de *Salud Sexual y Reproductiva* sigue sin tener un significado más profundo que el de limitar la reproducción de las mujeres y la propagación de enfermedades de transmisión sexual.

En términos de avances se observa que la leyes instan a la Secretaría a ofrecer el Servicio de Interrupción Legal del Embarazo, considerando la libre decisión de la mujer, sin embargo el periodo límite legal siguen siendo de 12 semanas⁷⁷ y los médicos pueden ser *objetores de conciencia*, cuando deberían limitarse a proporcionar un servicio, consejería médica de forma veraz y respetar las decisiones de las mujeres que decidan interrumpir su embarazo.

Con respecto a la norma *Reglamentaria de La Ley De Salud Del Distrito Federal*, publicada el 7 de julio de 2011, sin duda se ven avances en torno al acceso a métodos anticonceptivos, para toda la población aunado a que el Artículo 172 y 174 del reglamento contemplan la responsabilidad de la Secretaría de implementar un programa de atención especializada a la salud de las personas transgénero y transexual, mediante el suministro de hormonas, apoyo psicoterapéutico y la realización de acciones preventivas y de tratamiento médico correspondiente a infecciones de transmisión sexual y VIH- SIDA (Artículo 172 del Reglamento). El acceso a terapia psicológica comprenderá: consejería sobre la aceptación social y la identidad de género, psicoterapia

⁷⁷ En este trabajo se considera una barrera que exista un *límite legal* (de 12 semanas), para efectuarse un aborto dado que después de ese periodo las mujeres pueden ser criminalizadas, así mismo serán las mujeres más vulnerables (pobres, menos educadas y aquellas que viven fuera de la Ciudad de México) las que corren el riesgo de llegar tarde a los servicios de interrupción legal del embarazo.

individual y grupal, e información adecuada sobre uso de hormonas, VIH- SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (Artículo 174 del Reglamento).

Recursos destinados a la Salud Sexual y Reproductiva por parte de SEDESA

Uno de los principales objetivos de esta sección es saber si la Secretaría de Salud de la Ciudad de México ha incorporado el término derechos reproductivos y libre maternidad en su accionar y brindar servicios de salud a la población, de qué forma y qué contempla. Si bien ya se revisó la legislación en la materia, llegando a la conclusión de que aún no se incorporan de manera integral los derechos reproductivos e incluso se observa que sólo se sustituye el término de planificación familiar por el de salud sexual y reproductiva; en esta sección nos interesa saber cuáles han sido los resultados de las políticas, que actualmente contemplan la salud sexual y reproductiva.

Para ello, en un inicio se buscaba saber cuánto se gastaba en: las actividades de planificación familiar; la compra de anticonceptivos; las clínicas de interrupción legal del embarazo; y si existía algún monto para la atención y prevención de embarazos adolescentes, sin embargo, no se encontró información por lo que se recurrió al Sistema de Solicitudes de Información de la Ciudad de México, a través de su portal de internet, el día 26 de septiembre de 2018, para solicitar información sobre los rubros mencionados.

Se optó por realizar el análisis de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México a partir del monto destinado a dichas actividades ya que se considera que es una manera en que se puede medir la relevancia de la salud sexual y reproductiva para Secretaría de Salud (SEDESA).

La solicitud de información quedaría bajo el número de folio INFOMEX 0108000296318 y sería atendida por la Secretaría de Salud el 2 de octubre de 2018, donde se informa que el presupuesto de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en adelante SEDESA:

“[...] se ejerce por **actividad institucional** y no por programa o acción específica, por lo cual, las acciones señaladas en su requerimiento se engloban en la **actividad institucional⁸ Salud Sexual y Reproductiva,**” (INFOMEX, 2018).

Por lo que SEDESA envió el presupuesto destinado a la Actividad Institucional *Salud Sexual y Reproductiva*, en los años 2010 a 2018, y se pudo complementar la información con los datos publicados en la Cuenta Pública del año 2009, la información obtenida se aprecia en la Tabla 2.

Tabla 2. Monto Presupuestado a la Actividad Institucional (AI) Salud Sexual y Reproductiva. (Miles de Pesos). INFOMEX

AÑO	ACTIVIDAD SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
2009	\$9,959,256.28
2010	\$22,022,912.00
2011	\$17,900,675.15
2012	\$12,842,273.30
2013	\$11,949,628.69
2014	\$15,015,552.70
2015	\$21,210,700.57
2016	\$31,339,577.55
2017	\$32,301,186.94
2018	\$23,894,847.49

Fuente: Elaboración Propia a partir de Solicitud de Información INFOMEX 0108000296318 y Cuenta Pública de Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Se pretendía utilizar información de años previos, sin embargo, la Actividad Institucional **Salud Sexual y Reproductiva** será presupuestada a partir del año 2009, pues en años previos se

⁸ Actualmente las clasificaciones presupuestarias en México, comúnmente utilizadas son: administrativa, funcional y económica, mismas que son formas de presentar el Presupuesto Público Federal. La Cuenta Pública retoma esta clasificación y dentro de la Clasificación funcional misma que se incorporó al Presupuesto de Egresos de la Federación, en 1954, la clasificación sectorial o funcional que agrupa al gasto por función y subfunción dependiendo de los propósitos a que están destinados; esta clasificación tendrá por objetivo determinar el objeto del gasto, es decir, responder a la pregunta ¿para qué se gastan los recursos públicos?, en esta clasificación se observa el gasto es ejercido a través de diferentes **programas, actividades y proyectos**, que describen la naturaleza de los servicios del gobierno y la proporción del gasto que se destina a cada tipo de servicio y actividad y revela las verdaderas prioridades del gobierno, como señala Guerrero & Valdés, (2012).

observa que la *Actividad Institucional* se denominaba *Otorgar Consultas de Planificación Familiar*, misma que sólo se abocaba a proporcionar métodos anticonceptivos; y en el año 2006 se modifica a *Otorgar Consultas de Salud Sexual y Reproductiva*.

El año en que el presupuesto destinado a la Actividad Institucional denominada *Programa Salud Sexual y Reproductiva* incluía más actividades fue el año 2009, pues contemplaba:

- Consultad de aplicación de algún método anticonceptivo.
- Servicio de interrupción legal de embarazo.
- Atención post evento obstétrico.
- Atención a adolescentes embarazadas⁷⁹
- Atención de patologías como diabetes, preclamsia, eclampsia.
- Atención a mujeres en estado de menopausia.
- Consultas de control de parto y puerperio.
- Colposcopías realizadas en hospitales y medibúses

Sin embargo, de 2010 a 2013 el presupuesto del Programa se acotará a siguientes acciones:

- Consultas de aplicación de algún método anticonceptivo.
- Servicio de interrupción legal de embarazo.
- Atención post evento obstétrico.
- Consultas de control de parto y puerperio.
- Atención prevención, control, tratamiento ETS, VIH, SIDA.
- Egresos post evento obstétrico⁸⁰

Finalmente, de los años 2014 a 2017, se observa que el presupuesto para la Actividad Institucional Salud Sexual y Reproductiva se acota, aún más a las siguientes actividades.

- Consultas de aplicación de algún método anticonceptivo.
- Servicio de Interrupción Legal de Embarazo.
- Atención post evento obstétrico.
- Atención prevención, control, tratamiento ETS, VIH, SIDA.

⁷⁹ Sólo se detectó en el año 2009.

⁸⁰ Sólo en el año 2013.

- Atención a mujeres con embarazo de alto riesgo⁴¹.

Para esta sección se utilizaron los informes anuales de la Cuenta Pública de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México de los años 2009 a 2017, mismo que se encuentran publicados en la página web de la Secretaría de Finanzas de la Ciudad de México. Sin embargo, resulta necesario saber qué es la Cuenta Pública, según Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP), órgano de apoyo técnico de la Cámara de Diputados es:

“Denominación abreviada de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal, y se refiere al documento técnico a que se refiere el artículo 74, fracción VI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como al informe que, conforme a las constituciones locales, rinden las entidades federativas y los municipios; el cual contiene la información del ejercicio de los recursos, las finanzas y la contabilidad de los tres Poderes de la Unión y de los órganos constitucionalmente autónomos; la información se reporta con base en lo autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación que elabora el Poder Ejecutivo Federal; y se entrega para su revisión y dictamen a la Cámara de Diputados.” (TP-SHCP, CPEUM en CEFP, 2018:17)

En el caso de la Cuenta Pública de la Ciudad de México, se presentan a la Asamblea Legislativa y a los ciudadanos, dado que es un documento público, los resultados de las finanzas públicas de un ejercicio fiscal; los ingresos y gastos del Gobierno de la Ciudad de México y de igual manera, informa sobre las principales acciones que realizaron las *Unidades responsables del gasto*, en nuestro caso la Secretaría de Salud.

Por lo que, continuando con el análisis de la información enviada por SEDESA, ésta fue contrastada con la información proporcionada en la Cuenta Pública, pues la Cuenta no sólo informará sobre el *Presupuesto aprobado* sino también por *el monto modificado* y *el monto ejercido* por la Secretaría de Salud, conceptos que el CEFP define como (CEFP, 2018):

Gasto (Presupuesto) Aprobado: Es el momento contable que refleja las asignaciones presupuestarias anuales aprobadas por la H. Cámara de Diputados, y establecidas en el Decreto de Presupuesto de Egresos y sus anexos.

⁴¹ Sólo en el año 2014.

Gasto (Presupuesto) Modificado: Es el momento contable que refleja las asignaciones presupuestarias que resultan de incorporar las adecuaciones presupuestarias al presupuesto aprobado.

Gasto Ejercido: Es el momento contable del gasto que refleja la emisión de una cuenta por liquidar certificada debidamente aprobada por la autoridad competente.

Después de la contrastación, entre la información enviada por SEDESA y la observada en la Cuenta Pública, se observa que de los años 2009 a 2016, la información recibida fue el monto referente al *Gasto modificado*, mismo que no tuvo variaciones con respecto al *Gasto ejercido* a excepción de los años 2010 y 2017, pues en el primer año se reporto por SEDESA, que el monto modificado asignado a la *Actividad Institucional Salud Sexual y Reproductiva*, fue de 22 millones 22 mil 912 pesos y el ejercido fue de 22 millones 22 mil 905 pesos, es decir se ejerció menos del *Gasto modificado*; por su parte en el año 2017 los datos fueron confusos pues no se identificó de donde se obtuvo el monto de dicho año, pues no concuerda con la información reportada en la Cuenta Pública, como *Gasto modificado, ejercido o presupuestado* (Ver Tabla 3):

Tabla 3. Gasto Modificado y Ejercido de la AI Salud Sexual y Reproductiva.

AÑO	MONTO PRESUPUESTADO MODIFICADO A LA ACTIVIDAD SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA*	MONTO EJERCIDO A LA ACTIVIDAD SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**
2009	\$9,959,256.28	\$9,959,256.28
2010	\$22,022,912.00	\$22,022,905.92
2011	\$17,900,675.15	\$17,900,675.15
2012	\$12,842,273.30	\$12,842,273.30
2013	\$11,949,628.69	\$11,949,628.69
2014	\$15,015,552.70	\$15,015,552.70
2015	\$21,210,700.57	\$21,210,700.57
2016	\$31,339,577.55	\$31,339,577.55
2017	\$32,301,186.94	\$40,438,474.97
2018	\$23,894,847.49	—

*Información enviada a Solicitud de Información INFOMEX 0108000296318
 **Información de la Cuenta Publica de SEDESA 2009-2017.

Fuente: Elaboración propia con datos de Solicitud de Información INFOMEX 0108000296318 y la Cuenta Pública de los años 2009 a 2017

Comparación del Gasto Ejercido respecto al Gasto Total de SEDESA.

La Cuenta Pública también presenta el Gasto de SEDESA a partir de una *clasificación económica*, misma que permite saber en qué se gastan los recursos públicos. La *clasificación económica*, divide el *Gasto total* en *Gasto corriente* que son el pago de sueldos, adquisición de materiales y suministros para el funcionamiento de las dependencias; y en *Gasto capital* que indica que tanto se transfiera a la sociedad a través de obras públicas y proyectos de inversión y es otra forma de saber en qué gasta la Secretaría (Guerrero & Valdés, 2012)⁸².

La cuenta se divide el gasto por capítulos y muestra el gasto de la Secretaría desglosado de acuerdo a los nueve conceptos de la clasificación por objeto de gasto, que son los siguientes:

Tabla 4. Conceptos de Clasificación por objeto de Gasto.

Capítulo	Concepto	Capítulo	Concepto
1000	Servicios personales (pago de nómina)	6000	Inversión pública (obra pública)
2000	Materiales y suministros (pago de materias y equipos menores)	7000	Inversiones financieras y otras provisiones (transferencias a fideicomisos, Pemex y CFE)
3000	Servicios generales (gasto de operación)	8000	Participaciones y aportaciones (transferencias a entidades y municipios)
4000	Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	9000	Deuda pública (costo financiero, adeudos de ejercicios fiscales anteriores)
5000	Bienes muebles, inmuebles e intangibles (mobiliario y equipo)		

Fuente: Elaboración propia con datos del *Clasificador por objeto del gasto para la Administración Pública Federal*. Publicado en la página de la SHCP. Consultado 1 de noviembre de 2018. En línea:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/344041/Clasificador_por_Objeto_del_Gasto_para_la_Administracion_Publica_Federal.pdf

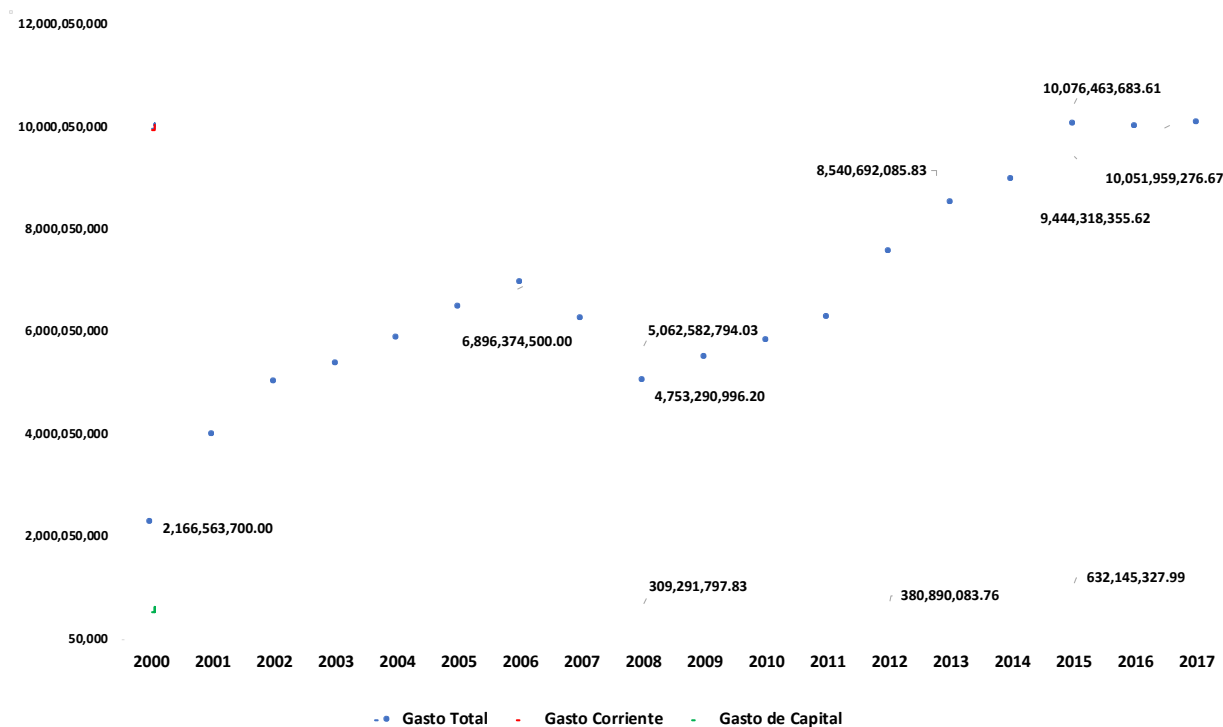
⁸² Ver *Manual para leer el Presupuesto*, elaborado a partir de: J.P. Guerrero Amparán y Fernando P. Sánchez “Manual sobre la Clasificación Administrativa del Presupuesto Federal en México” y de J.P. Guerrero Amparán y Yailen Valdés Palacio, “Manual sobre la Clasificación Administrativa del Presupuesto Federal en México.” y M. Casar Pérez y F. Hernández Trillo “¿Qué es el presupuesto federal?” Las tres investigaciones del Programa de Presupuesto y Gasto Público del CIDE. Consultado 2 de noviembre de 2018. En línea: <https://www.uv.mx/personal/joacosta/files/2010/11/manualpresupuesto1.pdf>

La SEDESA, regularmente maneja los capítulos 1000 al 5000 y en algunos años el capítulo 6000. Es decir, gasta en sueldos o paga la nómina de médicos, enfermeras y demás personal; en materiales y suministros, se incluyen los medicamentos, compra de refacciones, accesorios médicos entre otros; en gastos de operación, como el arrendamiento de equipo y edificios, el pago de servicios, como electricidad y el pago de capacitaciones; el pago subsidios y ayudas que la Secretaría otorga a ONGs y asociaciones civiles, relacionadas con la salud; en la adquisición de ambulancias y *medibuses*, en la adquisición o mantenimiento de equipo médico y de laboratorio.

Aunado a dicha forma de presentar los egresos, también se hace la presentación de los egresos de una *clasificación económica*, es decir, se divide el *Gasto total* en *Gasto corriente* que son el pago de sueldos, adquisición de materiales y suministros para el funcionamiento de las dependencias. Y el *Gasto capital* indica que tanto se transfiere a la sociedad a través de obras públicas y proyectos de inversión, es otra forma de saber en qué gasta la Secretaría⁸³.

Los ingresos de la SEDESA de los años 2000 a 2017, podemos decir, que han permanecido al alza, a excepción de 2006 a 2008 cuando presentó su punto más bajo. Consideramos que se debió a los recortes en general que sufrió el sector público a raíz de la crisis del 2008. En el año 2000, SEDESA tenía un *Gasto total* de 2 mil 276 millones 109 mil 300 pesos y a 2017 su gasto aumento a 10 mil 51 millones 959 mil 276. 62 pesos, es decir de 2000 a 2006 su presupuesto se duplico, pues pasó de 2 mil 166 millones 563 mil 700 pesos a 6 mil 896 millones 374 mil 500 pesos; de 2006 a 2008 registró una caída de 27%, para finalmente registrar un crecimiento de 99% 2008 a 2017, como se puede observar en la Gráfica 1.

⁸³ Ver *Manual para leer el Presupuesto*, elaborado a partir de: J.P Guerrero Amparán y Fernando P. Sánchez “Manual sobre la Clasificación Administrativa del Presupuesto Federal en México” y de J.P. Guerrero Amparán y Yailen Valdés Palacio, “Manual sobre la Clasificación Administrativa del Presupuesto Federal en México.” y M. Casar Pérez y F. Hernández Trillo “¿Qué es el presupuesto federal?” Las tres investigaciones del Programa de Presupuesto y Gasto Público del CIDE. Consultado 2 de noviembre de 2018. En línea: <https://www.uv.mx/personal/joacosta/files/2010/11/manualpresupuesto1.pdf>



Gráfica 1. Gasto Total de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México de 2000-2017. (Miles de pesos).

Elaboración propia con base en información de la Cuenta Pública SEDESA 2000-2017.

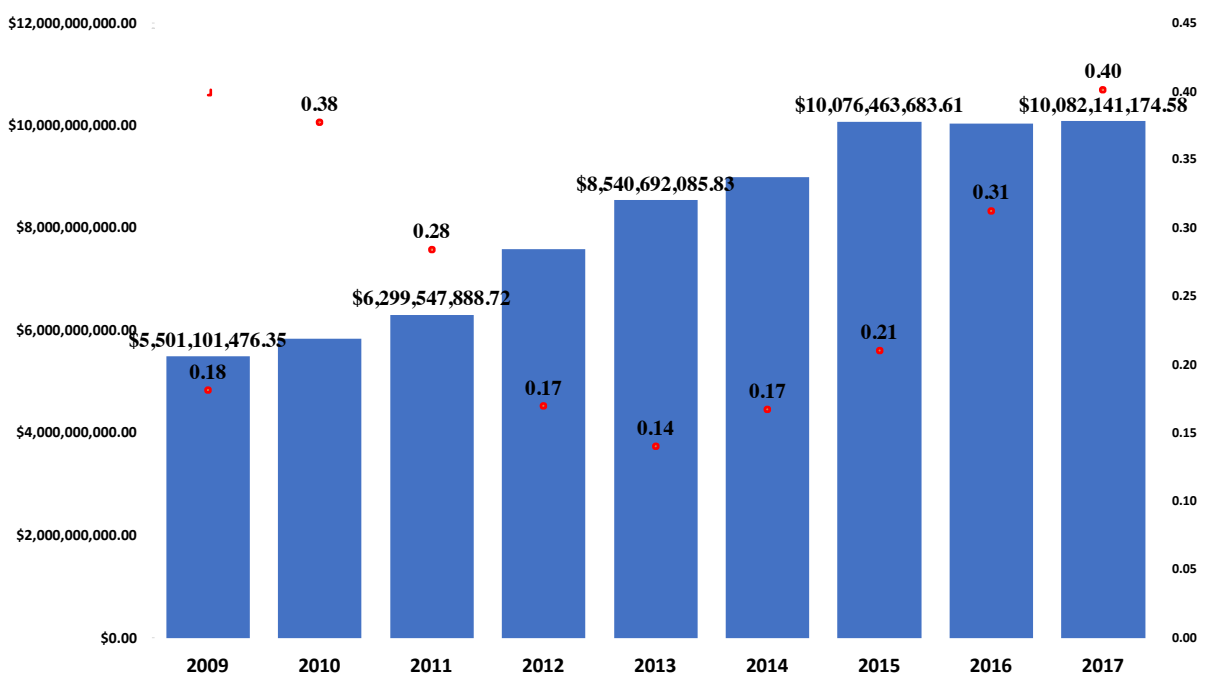
A partir de obtener el gasto total ejercido por SEDESA, se decidió compararlo con el gasto ejercido en la Actividad Institucional *Salud Sexual y Reproductiva* y calcular el porcentaje del presupuesto de SEDESA destinado a esta actividad, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 5. Porcentaje de Gasto asignado por SEDESA a la AI Salud Sexual y Reproductiva

AÑO	Gasto Total	Gasto destinado a la Actividad Institucional Salud Sexual y Reproductiva	Porcentaje del Gasto de SEDESA destinado a Salud Sexual y Reproductiva
2009	5,501,101,476.35	9,959,256.28	0.18
2010	5,839,932,919.58	22,022,905.92	0.38
2011	6,299,547,888.72	17,900,675.15	0.28
2012	7,577,117,019.59	12,842,273.30	0.17
2013	8,540,692,085.83	11,949,628.69	0.14
2014	8,985,255,356.26	15,015,552.70	0.17
2015	10,076,463,683.61	21,210,700.00	0.21
2016	10,028,399,355.33	31,339,577.55	0.31
2017	10,082,141,174.58	40,438,474.97	0.40

Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Finanzas de la Ciudad de México (2009-2017). Cuentas Públicas.

De los años 2009 a 2017, SEDESA destinó en promedio el 0.25% de su presupuesto a la Actividad Institucional Salud Sexual y Reproductiva. Los años en que se observó un mayor presupuesto fue en los años 2010 y 2017 pues se destinó 0.38% y 0.4% del Gasto total a dicha actividad. Los años más bajos serán los años 2012, 2013 y 2014 con 0.17%, 0.14% y 0.17% respectivamente como se observa en la siguiente gráfica:



Gráfica 2. Porcentaje de gasto asignado a la Actividad Institucional Salud Sexual y Reproductiva frente a Gasto Ejercido de SEDESA

Elaboración propia con datos de Secretaría de Finanzas de la Ciudad de México. Cuentas Públicas 2009-2017

En términos de las actividades realizadas y el presupuesto ejercido se observó que SEDESA, como se mencionó en párrafos previos, realiza acciones específicas con el presupuesto de Salud Sexual y Reproductiva, misma que comprenden:

- Consultas de aplicación de algún método de planificación familiar
- Servicios de interrupción legal de embarazo
- Atención de anticoncepción post evento obstétrico

- Atención prevención, control, tratamiento ETS, VIH, SIDA
- Atención a adolescentes embarazadas
- Atención a mujeres con embarazo de alto riesgo
- Egresos post evento obstétrico
- Atención de patologías como diabetes, preclamsia, eclampsia
- Atención a mujeres en estado de menopausia

Pero no se han realizado de manera conjunta en todos los años como se observa en la Tabla 6, aunado a que existe inconsistencias, pues entre más aumenta el presupuesto menos número de acciones se realizan y cuando el presupuesto es menor, se realizan más acciones, lo cuál no es explicado dentro de la Cuenta Pública y, por tanto, se tendría que recurrir a otros medios de información para saber el por qué de ello. Por ejemplo, en 2017, el presupuesto ejercido fue de 32 millones 983 mil 554 pesos, pero sólo se hicieron 50 mil 762 acciones en materia de Salud Sexual y Reproductiva, esto en comparación con el año 2009 cuando se realizaron 64,660 acciones con un presupuesto de 9 millones 959 mil 256 pesos.

Tabla 6. Gasto de SEDESA destinado a la Salud Sexual y Reproductiva, Número de actividades en materia de Salud Sexual y Reproductiva. 2009-2017. Desagregado.

GASTO/ACTIVIDADES	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gasto de SEDESA destinado a la Actividad Institucional de Salud Sexual y Reproductiva	9,959,256	22,022,906	17,900,675	12,842,273	11,949,629	15,015,553	21,210,700	31,339,578	32,938,554
Número Total Servicios en materia de Salud Sexual y Reproductiva	64,660.00	40,039.00	45,541.00	54,805.00	94,856.00	50,131.00	47,755.00	49,109	50,762
Consultas de aplicación de algún método de planificación familiar	15,385	10,043.00	7,605.00	10,581	11,260.00	11,557.00	9,579	13,145	12,069
Servicios de Interrupción Legal de Embarazó	15,198	16,211.00	19,533.00	19,679	6,446	6,315	5,195	4,176	4,444
Atención post evento obstétrico	12,968	9,038	7,605	21,420	24,382	28,808	37,079	31,133	33,438
Atención prevención, control, tratamiento ETS, VIH, SIDA	–	96	120	101	195	432	902	652	811
Puerpera/Consultas de Control de Parto y puerperio	7,261	4,651	4,822	3,024	–	1,570	–	–	–
Egresos post evento obstétrico	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Atención a adolescentes embarazadas	10,791	–	–	–	–	–	–	–	–
Atención a mujeres con embarazo de alto riesgo	2,589	–	–	–	–	–	1,449	–	–
Atención de patologías como diabetes, preclamsia, eclampsia	233	–	–	–	–	–	–	–	–
Atención a mujeres en estado de menopausia	235	–	–	–	–	–	–	–	–

Fuente: Elaboración Propia con base en Cuentas Públicas de SEDESA (2009-2017).

Acciones de la Actividad Institucional Salud Sexual y Reproductiva.

Atención a Embarazo de adolescentes.

Desde el inicio de esta investigación se ha insistido en resaltar el problema del embarazo adolescente, en tanto que violación de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y niñas, pues los embarazos adolescentes no sólo son resultado de una falta de información de métodos anticonceptivos, sino responden a un contexto social, económico y político que explica dicha problemática.

Así mismo, como parte de nuestra investigación, y como ya se mencionó al inicio del capítulo, se buscaban obtener los datos del presupuesto destinado a la *atención de embarazos adolescentes y a la prevención de embarazos adolescentes*, por parte de la Secretaría de Salud, pero no se encontró información histórica o desagregada que permitiera obtener dicha información. En la revisión de la Cuenta Pública se observó que SEDESA con el presupuesto de la *Actividad institucional de Salud Sexual y Reproductiva*, únicamente en el año 2009, atendió a 10 mil 791 (Ver Tabla 6).

Se sabe que SEDESA no ha dejado de atender a embarazadas adolescentes pues según datos de la propia institución en 2017, *la Secretaría atendió a 3 mil 064 mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad, así como a 636 de menos de 15 años, que requerían de la atención de consulta de control prenatal y gineco-obstetricia* (SEDESA, 2018). En términos del presupuesto se considera que esta información ya no fue desagregada por la dependencia y fue contabilizada en otras partidas de la cuenta pública. Una primera hipótesis es que se concentra en la Actividad Institucional *Atención Médica Hospitalaria*, para el caso de la atención gineco-obstetra, y/ o en la partida *Atención Médica Especializada*, pues se brinda atención a embarazos de alto riesgo y consultas de puerperio⁴⁴.

Por lo anterior y dado que la información es muy poca y dispersa, se recurrió a solicitar información a SEDESA y a la Secretaría de Finanzas de la Ciudad de México.

⁴⁴ Después del nacimiento del bebé, se producen cambios físicos, emocionales y afectivos en el organismo de la madre para recuperar las características que tenía antes del embarazo, a esta etapa se le conoce como puerperio o cuarentena. Comprende las primeras **seis semanas posteriores al parto (42 días)**. Es una etapa muy intensa en la vida de las madres, padres y familiares, tanto por los cambios físicos que se producen en el cuerpo de la mujer, como por las vivencias emocionales y afectivas que tiene para toda la familia. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2015)

Se obtuvo respuesta por parte de la *Directora de Seguimiento e Información Presupuestal, Enlace de la Subsecretaría Egresos con la Unidad de Transparencia en la Secretaría de Finanzas de la Ciudad de México*, Lic. Kenia Caballero Caballero, misma que respondió al Oficio No. SFCDMX/SE/DSDIP/1126/2018, el día 27 de septiembre de 2018, en los términos siguientes:

*“En atención al principio de máxima publicidad dispuesto en el artículo 192 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas en la Ciudad de México, le informo que se revisó en el Sistema de Planeación de Recursos Gubernamentales (SAP-GRP) y de los expedientes que obran en la Dirección General de Egresos A y se identificó que el Instituto de la Juventud de la Ciudad de México, cuenta con recursos presupuestales en el área funcional 269 516 “**Prevención del Embarazo adolescente**”. Por lo cual se proporciona el presupuesto ejercido del periodo 2015-2017 y el modificado y el ejercicio fiscal en cursos”*

Es decir, en la Ciudad de México la institución que maneja una partida específica para la Prevención del Embarazo Adolescente, es el Instituto de la Juventud de la Ciudad de México y no SEDESA. La información enviada, por parte de la Secretaría de Finanzas, se puede observar en la Tabla 7, misma que arroja que el presupuesto ejercido de los años 2015 a 2017 aumentó en 29,397.58 pesos, es decir, aumento en 1.9% y se observa que, en 2018, el monto disminuyó en 8,647.79 pesos, es decir una caída del 0.56% del presupuesto destinado a la Prevención de Embarazo Adolescente.

Tabla 7. Egresos destinados a la AI Prevención del Embarazo adolescente" 2015-2018 de INJUVE. INFOMEX

Área Funcional	Ejercido			Ejercicio Fiscal 2018.	
	2015	2016	2017	Modificado	Ejercido
Prevención de Embarazo Adolescente	1,499,993.21	1,499,995.58	1,529,390.79	1,520,743	1,032,000

Sin duda, el embarazo adolescente representa un gran reto para el país, para la Ciudad de México y para la SEDESA, pues según información reportada por los Anuarios Estadísticos de SEDESA de los años 2010 a 2017, la Secretaría fue testigo del nacimiento del 56% de los niños de madres de entre 10 y 14 años, el otro 44% fue cubierto por el IMSS, ISSSTE, los servicios de salud de PEMEX, SEDENA, SEMAR, IMSS Prospera, servicios médicos privados, entre otros. De igual manera podemos ver resultados similares en los niños nacidos de madres de 15 a 19 años, SEDESA atiende al 53.4% y el 46.6% las demás instituciones de salud. Es decir la institución es la

encargada de prestar atención a más del 50% de las adolescentes y niñas embarazadas, y actualmente se hace cargo de prestar servicios a dicha población (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Nacimientos Totales en Instituciones de Salud, SEDESA y Porcentaje por grupo de edad de la madre. (10-14 y 15 a 19 años)

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total de Nacidos vivos por Instituciones de Salud* en la Ciudad de México de madres de 10 a 14 años	1,001	1,034	962	876	671	519	502	391
Nacidos vivos SEDESA (10 a 14 años)	496	523	495	444	379	283	280	319
Porcentaje de atenciones de SEDESA respecto al Total (10 a 14 años)	49.55	50.58	51.46	50.68	56.48	54.53	55.78	81.59
Total de Nacidos vivos por Instituciones de Salud* en la Ciudad de México de madres de 15 a 19 años	26,046	27,363	27,180	26,245	24,874	22,486	20,214	16,307
Nacidos vivos SEDESA (15 a 19 años)	13,305	13,517	13,877	13,409	13,163	12,186	10,695	11,205
Porcentaje de atenciones de SEDESA respecto al Total de Instituciones (15 a 19 años)	51.08	49.40	51.06	51.09	52.92	54.19	52.91	68.71

* Incluye IMSS, ISSSTE, los servicios de salud de PEMEX, SEDENA, SEMAR, IMSS Prospera, Servicios Médicos Privados, entre otros.

Fuente: Elaboración propia con datos de SEDESA. Anuarios Estadísticos de Salud 2010 a 2017. Nacimientos por institución y grupos de edad de la madre. Ciudad de México. En Nacimientos.

Interrupción legal del Embarazo.

Desde el años 2007, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México está obligada a prestar el servicio de *interrupción legal del embarazo*, sin embargo, en la revisión de la Cuenta Pública de 2007 y 2008 no se identificó alguna partida presupuestaria que señalara la acción del programa *Interrupción Legal del Embarazo*. Será a partir de 2009 que dentro de la *Actividad Institucional Salud Sexual y Reproductiva de la Cuenta Pública*, se contabilizan las Interrupciones Legales del Embarazo (ILE) realizadas por la SEDESA.

A continuación se muestra la información recolectada de la Cuenta Pública, referente a los egresos destinados a la actividad institucional salud sexual y reproductiva, el número de acciones en materia de salud sexual y reproductiva y el número de ILEs realizadas por SEDESA con dicho presupuesto.

Tabla 9. Presupuesto de Actividad Institucional Salud Sexual y Reproductiva y Acciones en materia de Salud Sexual y Reproductiva-ILE. Cuenta Pública 2007-2017

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011
Presupuesto destinados a AI Salud Sexual y Reproduc	8,711,689.94	18,475,180.08	9,959,256.28	22,022,905.92	17,900,675.15
Acciones en materia de Salud Sexual y Reproductiva	19,538	12,069,229	64,660.00	40,039.00	45,541.00
Interrupción Legal de Embarazo.	-	-	15,198	16,211.00	19,533.00
AÑO	2012	2013	2014	2015	2017
Presupuesto destinados a AI Salud Sexual y Reproduc	12,842,273.30	11,949,628.69	15,015,552.70	21,210,700.00	32,938,554.12
Acciones en materia de Salud Sexual y Reproductiva	54,805.00	94,856.00	50,131.00	47,755.00	50,762
Interrupción Legal de Embarazo.	19,679	6,446.00	6,315.00	5,195	4,444

Fuente: Elaboración Propia a partir de Cuentas Públicas de SEDESA 2007-2017

Según la información proporcionada por la cuenta, el presupuesto destinado a *Salud Sexual y Reproductiva* contempla a partir de 2013 un menor número de interrupciones, pues se pasó de realizar **19 mil 679** ILEs en 2012, a **4 mil 444** ILEs en 2017 (Ver Tabla 9). Esta disminución no será explicada dentro de la Cuenta Pública de SEDESA.

Por otro lado, la Cuenta Pública del año 2014, desagregó el porcentaje de ILEs realizadas por las alcaldías, entonces delegaciones. De ello, se puede decir que la alcaldía que presentó un mayor porcentaje de ILE fue Venustiano Carranza con 20.6% y la alcaldía que presentó un menor de alcaldía fue Tlahuac con 1%.

Tabla 10. Porcentaje de Interrupciones Legales del Embarazo por Alcaldía en 2014. Cuenta Pública 2014

Alcaldía	Interrupción Legal del Embarazo
Venustiano Carranza	20.6%
Azcapotzalco	16.0%
Alvaro Obregon	14.8%
Xochimilco	14.4%
Milpa Alta	10.4%
Cuajimalpa	9.20%
Gustavo A. Madero	7.50%
Tlalpan	6.1%
Tlahuac	1%
Cuahuatemoc	
Iztapalapa	
Magdalena Contreras	
Miguel Hidalgo	
Total	100%

Fuente: Cuenta Pública 2014.

Sin embargo, al momento de sumar los porcentajes nos percatamos que no sumaban 100%, suma 99.8% pero no se informa dentro de la Cuenta Pública por qué ocurre así. Dado que al sistematizar la información presentada por la Cuenta Pública, surgieron muchas dudas se decidió consultar otras fuentes de información y contrastarla; la primera fuente consultada es la proporcionada por INFOMEX y la segunda será el Anuario Estadístico de SEDESA.

SEDESA a través de INFOMEX en el oficio ya mencionado (No. 0108000296318) nos informó sobre el número de interrupciones legales del embarazo de 2010 a agosto de 2018, por grupo de edad.

Tabla 11. Número de Interrupciones Legales del Embarazo desagregadas por semanas de gestación. De 2010 a Agosto de 2018. INFOMEX-SEDESA

Semanas de Gestación	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total	16,532	19,833	19,608	19,995	19,248	18,294	15,987	17,348	11,757
<4	457	701	1,278	6,418	13,213	1,458	10,583	3,006	1,514
5	1,234	2,568	2,111	2,449	2,671	2,056	2,209	2,289	1,807
6	2,313	3,690	3,475	3,419	2,720	3,448	2,285	2,518	1,812
7	3,552	4,638	4,291	2,642	229	4,101	333	3,688	2,496
8	3,158	2,998	2,991	1,977	176	2,682	227	2,498	1,690
9	2,378	2,301.00	2,402	1,442	118	2,026	194	1,604	1,237
10	1,934	1,685	1,774	993	71	1,425	78	1,023	723
11	1,506	1,244	1,286	655	51	1,098	78	722	478

Fuente: INFOMEX.

Por su parte el Anuario Estadístico de SEDESA, da cuenta del número de Interrupciones Legales de Embarazos, por Unidad Médica de Primer o Segundo Nivel⁸⁵. Del total de ILEs realizadas de abril de 2007 al año 2017, se han realizado **188 mil 357** ILEs, de ese total se realizó el porcentaje equivalente por Unidad y Nivel de Unidad. La información tomada del Anuario nos permite

⁸⁵ Las Unidades Médicas de Primer y Segundo nivel se refiere a niveles de atención existentes dentro del Sistema Nacional de Salud. En el Sistema Nacional de Salud existen tres niveles (Bur, et al., 2011):

Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención: son las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SSA) y Clínicas Familiares (ISSSTE), en donde se proporcionan los servicios de salud básicos. Son unidades encargadas de la salud preventiva.

Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención: son los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios; también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de Referencia que se localizan en la Ciudad de México y que operan como concentradores para todo el territorio nacional. El segundo nivel atiende a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel de atención que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación.

Unidades Médicas de tercer Nivel de Atención: constituye la red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología. Aquí es donde se tratan enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las enfermedades más complejas. Atiende a los pacientes que remiten los hospitales de segundo nivel. Son los Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (Umaes), los Institutos Nacionales de Salud, que se concentran en su mayoría en la Ciudad de México, y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, de los cuales existen actualmente seis en distintas regiones del país

observar que algunas Unidades Médicas de Segundo Nivel, ya no prestan el servicio y las Unidades de Primer Nivel y las Unidades de Primer Nivel son las que están cubriendo la demanda. Los resultados se observan en la Tabla 12, pero resaltamos los siguientes:

Tabla 12. Total de ILEs por Unidad Médica de 2007 a 2017.

Unidad Médica	Alcaldía	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	Porcentaje
Total		4,799	13,404	16,475	16,945	20,319	20,482	20765	20,559	18,851	18,163	17,595	188,357	100.00
Segundo Nivel		4,799	10,167	9,387	7,887	6,040	6,973	6446	6,980	5,792	4,678	5,010	74,159	39.37
H. E. Dr. Belisario Domínguez	Iztapalapa	372	1,111	401	580	80							2,544	1.35
H. G. Dr. Enrique Cabrera	Álvaro Obregón	463	945	1,004	950	838	1,003	928	902	961	775	666	9,435	5.01
H. G. Balbuena	Venustiano Carranza	461	138										599	0.32
H. G. Iztapalapa	Iztapalapa	663	875	327									1,865	0.99
H. G. Milpa Alta	Milpa Alta	98	289	270	320	306	313	437	659	696	110		3,498	1.86
H. G. Ticomán	Gustavo A. Madero	486	1,636	1,277	734	786	806	647	665	767	502	567	8,873	4.71
H. G. Dr. Gregorio Salas	Cuautemec	246	219										465	0.25
H. G. Ajusco Medio	Tlalpan					39	612	302	392	379	200	299	2,223	1.18
H. M. I. Inguarán	Venustiano Carranza	326	971	1,976	2,152	1,313	1,316	1325	1,315	1,151	1,017	1,087	13,949	7.41
H. M. I. Topilejo	Tlalpan	165	358	53									576	0.31
H. M. I. Magdalena Contreras	Magdalena Contreras	199	529	358									1,086	0.58
H. M. I. Cuauhtepac	Gustavo A. Madero	529	563	638	327	466	550	388	467	472	496	388	5,284	2.81
H. M. I. Tláhuac	Tláhuac	278	437	413	369	151	260	120	91			203	841	3.163
H. M. I. Dr. Nicolás M. Cedillo	Azacapotalco	0	927	1,072	1,229	1,033	1,064	1,004	1,004	748	795	687	9,563	5.08
H. M. I. Cuajimalpa	Cuajimalpa	251	601	525	640	628	581	526	575	18			4,345	2.31
H. M. P. Xochimilco	Xochimilco	262	568	1,073	586	400	468	769	910	600	580	475	6,691	3.55
Primer Nivel			3,237	7,088	9,058	14,279	13,509	14319	13,579	13,059	13,485	12,585	114,198	60.63
C.S. T III Beatriz Velasco de Alemán	Venustiano Carranza		3,237	7,088	7,371	10,150	7,849	6526	5,316	4,636	4,201	3,989	60,363	32.05
Clinica Comunitaria Santa Catarina	Iztapalapa				1,687	4,129	3,912	3837	3,509	2,932	2,217	2,140	24,363	12.93
C. S. T III México España	Miguel Hidalgo						1748	2854	3,003	3,397	4,261	3,632	18,895	10.03
C.S. Dr. Juan Duque de Estrada	Venustiano Carranza							1102	1,751	2,032	2,650	2,607	10,142	5.38
C.S. T III Cuajimalpa	Cuajimalpa									62	156	217	435	0.23

Fuente: Elaboración propia con información del Anuario Estadístico de SEDESA 2017. Programas Especiales. *Serie histórica del programa de interrupción legal del embarazo, por unidad médica de 2007 a 2018.*

- Las Unidades de Segundo Nivel proporcionarán el 39.37% de las ILEs
 - La unidad de segundo nivel que ha proporcionado el mayor porcentaje de *Interrupciones* es Hospital Materno Infantil Inguarán, ubicado en la Alcaldía Venustiano Carranza, con el 7.41%;
 - La unidad de segundo nivel que proporcionó un menor porcentaje de *Interrupciones* fue el Hospital General Dr. Gregorio Salas, pues desde 2009 dejó de realizar interrupciones, aportando el 0.25% del total *Interrupciones*.
- Las Unidades de Primer Nivel proporcionarán el 60.63% de las ILEs.
 - La unidad de primer nivel que ha proporcionado el mayor porcentaje de *Interrupciones* es Centro de Salud Territorial III (C.S. T III Beatriz Velasco de Alemán) ubicado en la Alcaldía Venustiano Carranza, con el 32.05%;
 - La unidad de primer nivel que ha proporcionado un menor porcentaje de *Interrupciones* es el Centro de Salud Territorial III Cuajimalpa (C.S. T III Cuajimalpa) con 0.23% del total de la ILEs

Dicha información se decidió agrupar por alcaldías para saber cuantas unidades de primer y segundo nivel han prestado el Servicio de Interrupción Legal del Embarazo en cada alcaldía, obteniendo los siguientes resultados (Ver Tabla 13):

- De las 16 alcaldía de la Ciudad de México, solo se ha realizado el Servicio en 13 delegaciones, las delegaciones que sus unidades médicas no han registrado este servicio son: Coyocán, Benito Juárez e Iztacalco.
 - 12 alcaldías han prestado el servicio de ILE en 16 Unidades de Segundo Nivel.
 - 4 alcaldías que han prestado el servicio de ILE en 5 Unidades de Primer Nivel.
- Venustiano Carranza que ha prestado más ILEs, pues de 2007 a 2017, ha realizado:
 - 70 mil 505 Interrupciones en las Unidades de Primer
 - 15 mil 548 Interrupciones en la Unidades de Segundo nivel.

Tabla 13. Unidades que realizan ILEs por Alcaldía

Alcaldía	Numero de Unidades	Total de ILEs realizadas de 2007 a 2017	Porcentaje de Total de ILEs realizadas de 2007 a 2017
Segundo Nivel	16	74,159	39.37
Venustiano Carranza	2	14,548	19.62
Gustavo A. Madero	2	14,157	19.09
Azcapotzalco	1	9,563	12.9
Álvaro Obregón	1	9,435	12.72
Xochimilco	1	6,691	9.02
Iztapalapa	2	4,409	5.95
Cuajimalpa	1	4,345	5.86
Milpa Alta	1	3,498	4.72
Tlahuac	1	3,163	4.27
Tlapan	2	2,799	3.77
Magdalena Contreras	1	1,086	1.46
Cuahutemoc	1	465	0.63
Primer Nivel	5	114,198	60.6
Venustiano Carranza	2	70,505	61.74
Iztapalapa	1	24,363	21.33
Miguel Hidalgo	1	18,895	16.55
Cuajimalpa	1	435	0.38
Total	21	188,357	100

Fuente: Elaboración Propia con datos de Anuario Estadístico 2017. *Serie histórica del programa de interrupción legal del embarazo, por unidad médica 2007 – 2017.*

Pese a que han sido 21 Unidades que han prestado el servicio, también se puede observar que en el año 2017, unicamente se prestó servicio en 13 Unidades: 8 en Unidades de Segundo Nivel y 5 de Primer Nivel (Ver Tabla 14).

En 2017 las alcaldías que sus Unidades Médicas registraron ILEs fueron:

- En 7 Alcaldías se realizaron 12,585 interrupciones en Unidades Segundo Nivel.
- En 4 Alcaldías se realizaron 5,010 interrupciones en Unidades de Primer Nivel.

Tabla 14. Unidades que realizaron ILE por Alcaldía en 2017.

Alcaldía	Total de ILEs realizadas en 2017	Número de Unidades que realizaron ILE en 2017	Porcentaje de Total de ILEs realizadas en 2018
Segundo Nivel	5,010	8	28.47
Venustiano Carranza	1,087	1	21.7
Gustavo A. Madero	955	2	19.06
Tlahuac	841	1	16.79
Azcapotzalco	687	1	13.71
Álvaro Obregón	666	1	13.29
Xochimilco	475	1	9.48
Tlapan	299	1	5.97
Primer Nivel	12,585	5	71.53
Venustiano Carranza	6,596	2	52.41
Miguel Hidalgo	3,632	1	28.86
Iztapalapa	2,140	1	17
Cuajimalpa	217	1	1.72
Total	17,595	13	100

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico 2017. *Serie histórica del programa de interrupción legal del embarazo, por unidad médica 2007 – 2017*

Conclusiones al análisis del presupuesto asignado a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA).

El breve acercamiento al análisis de los Programas de la Secretaría de Salud en materia de Salud Sexual y Reproductiva y al presupuesto de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México permitió evidenciar que se entiende por *Salud Sexual y Reproductiva* en la institución. Se concluye que aún se considera como sinónimo de salud sexual y reproductiva proporcionar métodos anticonceptivos, pese a que se ha incorporado otros servicios como la interrupción legal del embarazo y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

A partir de la revisión de los reportes de la Cuenta Pública de la Secretaría de Salud, se puede observar que como parte de la firma de convenios internacionales la Secretaría de Salud incorpora el término de salud sexual y reproductiva en 2009 e inicia con una visión amplia de los

servicios de la *Salud Sexual y Reproductiva*, pero en 2017 se puede observar que los servicios proporcionados se reducen a entrega y aplicación de métodos anticonceptivos, al control y prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH y SIDA, la prestación del servicio de interrupción legal de embarazo e incluso la atención de embarazos de alto riesgo.

El análisis del presupuesto destinado a la atención de embarazos adolescentes, si bien dentro de SEDESA sólo se observa presupuesto en 2009, no queda claro de qué manera fue utilizado, es decir no queda claro si fue utilizado para coadyuvar en la prevención de futuros embarazos; en la creación de programas y campañas de orientación para adolescentes durante ese año; para canalizar a niñas y adolescentes embarazadas en caso de ser víctimas de violación; o si se limitó en la atención del parto de adolescentes. Así mismo se pudo observar que existe presupuesto destinado en otras instituciones como el Instituto de la Juventud (INJUVE), pero dado que SEDESA es la principal responsable de la atención de partos de adolescentes y niñas se considera que sería ideal que se generaran programas integrales para su atención, prevención y seguimiento por parte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

La revisión de la Cuenta Pública permitió observar que el presupuesto destinado a Salud Sexual y Reproductiva contempla a partir de 2013 un menor número de interrupciones, pues se pasó de realizar 19 mil 679 ILEs en 2012, a 4 mil 444 ILEs en 2017, por su parte el análisis del Servicio de Interrupción Legal del Embarazo permitió observar que las Unidades Médicas de SEDESA siguen sin cubrir el 100% de las alcaldías de la Ciudad de México y que existe una diferenciación espacial en el acceso y prestación del servicio de interrupción legal del embarazo, no sólo a nivel nacional sino también entre las alcaldías de la Ciudad.

Finalmente en este trabajo se parte de afirmar que la Secretaría de Salud de la Ciudad de México será un actor clave en ser garante de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres en la Ciudad de México, sin embargo a lo largo de este trabajo se ha observado que la incorporación y el cumplimiento de los derechos reproductivos dependerá de más actores y el análisis del presupuesto permite evidenciar que no sólo dependerá de la SEDESA sino también de la Secretaría de Hacienda que es quien autoriza los montos a ejercer por la institución.

Conclusiones.

El análisis de los derechos sexuales y reproductivos desde la geografía feminista, para la elaboración de este trabajo, significó un gran reto al ser el primero en su tipo. Integrar al análisis la categoría de *espacio como producción social* implicó abandonar la visión tradicional de la geografía encaminada a sólo localizar sobre una superficie los fenómenos sociales. Significó entender que el espacio es producido por los seres humanos y al tiempo que producen espacio, se reproducen ellos mismos, por tanto, los fenómenos sociales siempre se encuentran en constante transformación a lo largo del tiempo y el espacio. Así mismo retomar el análisis desde la geografía feminista implicó retomar el concepto de *producción de espacios libres* para las mujeres de la Dra. Angélica Damián, mismo que reconoce la producción de espacios libres de violencia como un proceso que contempla acciones políticas, económicas, culturales y sociales y reconoce como principal impulso al movimiento feminista.

El Capítulo 1, representó un reto pues al hablar de derechos reproductivos y libre maternidad de las mujeres, se sabía que se tenía que hacer desde la geografía feminista pero no desde qué enfoque. Se inició investigando sobre la relación existente entre la geografía feminista y el análisis del *cuerpo*, dado que se considera que la principal manifestación existente de violencia contra las mujeres, en materia de sus derechos reproductivos, es sobre su cuerpo.

Sin embargo, debido a dificultades en acceso a información y dado que la mayor parte de la información en relación a la geografía, el cuerpo y la sexualidad se encuentran en inglés y en revista de difícil acceso, no se pudo ahondar en el punto a mayor detalle y por tanto concluir bajo dicha línea de análisis. Los principales aportes que me dejan la investigación de la geografía y el cuerpo, son los aportes provenientes del feminismo comunitario, pues las feministas de América Latina, actualmente a partir del trabajo de la categoría del *territorio cuerpo*^{*} se encuentran planteando y trabajando sobre sus derechos reproductivos y la sexualidad.

^{*} Ver Era verde. Lorena Cabnal. *Especial: Territorio, cuerpo, tierra*. En línea: <https://www.youtube.com/watch?v=6uUI-xWdSAk>

El territorio cuerpo trabajado desde el feminismo comunitario me parece un gran aporte para la geografía feminista, donde se observa posibilidades de aprendizaje y de posibles aportaciones provenientes desde la disciplina. La utilización de la metáfora del *territorio cuerpo*, como categoría de lucha contra el despojo del territorio y la tierra, representa una categoría que merece ser revisada y ampliada o complementada, al menos, por la geografía feminista, sin embargo, dado que en este trabajo no era el fin, me permito solo afirmar que en futuras investigaciones se espera poder ahondar y complementar este trabajo con dicha categoría aún en proceso de investigación y comprensión.

En el capítulo 1 se optó por utilizar la categoría de *espacio como producción social y producción de espacios libres de violencia*, provenientes de la geografía crítica y feminista, los cuales nos permitieron abordar los derechos reproductivos no centrándonos en delimitar la violencia a un espacio sino observar el contexto de lucha social que posibilitó hoy en día hablar en términos de derechos reproductivos y una libre maternidad. La utilización del concepto de *producción de espacios libres de violencia* permitió observar un proceso que implicó acciones políticas, sociales y económicas en la Ciudad de México y en distintas escalas, a favor de los derechos sexuales y reproductivos.

El fin de esta investigación era evidenciar el papel de la Secretaría de Salud como productora de espacios libres de violencia para las mujeres, a partir del concepto la Dra. Damián. Se lograron identificar procesos económicos y políticos, culturales y actores sociales que intervienen en dicha producción como: empresas extranjeras, presidentes de Estados extranjeros, organizaciones internacionales a favor y en contra de los derechos de la mujer, a instituciones del gobierno mexicano como: la Secretaria de Educación, CONAPO, el Instituto de la Juventud, otras instituciones de Salud diferentes a la secretaría de Salud, los gobierno municipales, estatales y nacionales.

Al analizar a la Secretaria de Salud de la Ciudad de México se observan avances para garantizar los derechos sexuales y reproductivos y coadyuvar a generar espacios libres de violencia para las mujeres, lo dicho, gracias a un proceso de lucha por parte de feministas y distintos actores. Se reconocen avances respecto a otros estados de la República, pues más allá de proporcionar o dar

métodos anticonceptivos y atención a enfermedades de transmisión sexual, la Secretaría proporciona el servicios gratuito de interrupción legal del embarazo, mismo que no sólo atiende a mujeres de la Ciudad de México, sino a mujeres de todo el país. También se pudo observar en la Cuenta Pública que existen servicios de capacitación para atender el acoso sexual dentro de la Secretaría de Salud, así como una partida presupuestaria destinada a atender la violencia contra las mujeres, donde se presta servicio psicológico y canalización con instancias para ayudar al combate de la violencia de género, estas acciones no fueron analizadas de la misma manera que las acciones referentes a la salud reproductiva por cuestiones de tiempo pero es importante reconocer que existen y merecen ser analizadas en otro momento.

Pese a lo dicho, sigue estando pendiente una visión integral de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la Secretaría de Salud, dado que sus actividades en torno a la salud sexual y reproductiva están desarticuladas y por tanto alejadas de la visión de derechos humanos. Por ello, se reconoce que aún corresponde a legisladores y legisladoras, políticos y políticas, así como especialistas en el sector salud, avanzar en la modificación de leyes y reglamentos que incorpore los derechos reproductivos y sexuales de manera clara que coadyuven en el proceso de generar espacios libres de violencia para las mujeres.

Por otro lado, el empleo de la categoría de escala nos permitió observar por un lado las luchas feministas en distintas escalas, sin encasillarlas, pues son luchas que se van dando en distintos espacios y en distintos niveles, pero que escalan hasta el ámbito internacional y que permiten a su vez presionar a los gobiernos para la implementación de los derechos reproductivos, pero dicha presión no sería suficiente sin una lucha en las calles, en la academia y en distintos espacios locales, de feministas organizadas por mejores condiciones de vida.

El análisis de la lucha feminista nos revela los logros conquistados por las mujeres mexicanas. Entre los más importantes será el hecho que han conquistado que se legisle en nuestro favor. La Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, aprobada en el año 2006 y la Ley General de Acceso de la Mujeres a una vida libre de violencia de 2007, sin duda será un parteaguas, para garantizar mejores condiciones de salud para las mujeres.

Al inicio de esta investigación se planteó que la Ciudad de México se encontraba en la avanzada respecto a la armonización de leyes para el adelanto de las mujeres en materia de derechos reproductivos y una libre maternidad. De lo cual, gracias a la revisión del marco jurídico y demás análisis hechos en materia de derechos sexuales y reproductivos podemos decir que a la primera afirmación habrá que darle matices.

Al revisar el marco jurídico internacional, nacional y de la Ciudad de México podemos observar que se habla de *salud sexual y reproductiva*, más no, de un *derecho humano a la salud reproductiva*, por lo que se considera que este concepto tiene que estar contextualizado, definido e integrado para brindar una mayor claridad para el mejor entendimiento y ejecución de salud sexual y reproductiva encaminada a garantizar los derechos reproductivos y la libre maternidad de las mujeres

Se observó que en la mayoría de los programas gubernamentales de Planificación familiar y salud sexual y reproductiva se refiere a la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo de 1994 para dar cuenta de la existencia de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, las políticas de salud sexual y reproductiva, sólo han sustituido el termino *planificación familiar* por el de *salud sexual y reproductiva* y su objetivo principal será el acceso y abasto de métodos anticonceptivos, principalmente dirigidos a las mujeres; aunado a algunas acciones encaminadas a incrementar la responsabilidad de los padres en la reproducción y paternidad, pero se sigue sin aplicar en términos de derechos reproductivos y sexuales, entendidos como derechos humanos que permitan el libre desarrollo de las personas, en específico de las mujeres.

Aunado a los planteamientos vistos en el Capítulo 2 *sobre la ética de los derechos reproductivos*, expuestos por Corre & Petchesky (2001), observamos que el camino es largo para alcanzar un pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres, se reconoce que ha habido avances pero aún no se consideran en su integralidad.

La Cuenta Pública y el Sistema de Acceso a la Información de la Ciudad de México, resultaron interesantes fuentes de análisis, mismas que merecen ser estudiadas profundizadas y retomadas dentro de la geografía. Se coincide con quienes plantean que el presupuesto es una herramienta de análisis de ejecución de las políticas publicas en tanto que permite evidenciar el interés de un

gobierno por implementar un programa, una iniciativa o una acción. Sin embargo, a pesar de los avances en términos de transparencia y rendición de cuentas de los gobiernos la Cuenta Pública, sigue siendo una herramienta que se utiliza de manera aislada, aunado al hecho de su difícil manejo, dado que los datos publicados se encuentran en un formato de imagen en *PDF*, lo que dificulta y alenta el proceso de análisis de la información.

Así mismo, se observa que a pesar de que se exige por ley la obligación de las instituciones de justificar los montos ejercidos en la administración, esta resulta insuficiente, agregada. Es necesario seguir presionando como ciudadanos a la rendición de cuentas, por lo que retomar documentos como la Cuenta Pública propicia una mayor difusión y apertura. Es de destacar que en la revisión del Análisis Programático Presupuestal de la Cuenta Pública de 2009 a 2017 se pudo observar que a partir de 2009 se incorporan actividades institucionales a favor de las mujeres, en el marco de los derechos humanos, mismas que también tendrán que ser analizadas, por ejemplo la *Actividad Institucional Atención Integral a Mujeres Víctimas y los Programas y Acciones de prevención de todo tipo de violencia contra la mujer*, mismos que proporcionan el número de víctimas atendidas por violencia de género; el número de sesiones de psicoterapia individual y de grupo impartidas, el número de capacitaciones y actualizaciones del personal médico en materia de prevención de violencia de género; el número de campañas informativas en materia de prevención de violencia de género; el número de campañas informativas en materia de hostigamiento y acoso sexual; así como el número de materiales distribuidos en materia de hostigamiento y acoso sexual; así como el número de materiales distribuidos en materia de equidad de género en la salud. Actividades que merecen ser investigadas a fondo para una mejor comprensión de las acciones implementadas por la Secretaría de Salud, para el adelanto de las mujeres.

De la información obtenida de la Cuenta Pública se observa que el presupuesto destinado a la *Actividad Institucional Salud Sexual y Reproductiva*, las acciones realizadas en su mayoría van encaminadas a ofrecer métodos anticonceptivos, es decir se sigue planteando la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos, como una cuestión de control de la reproducción más que como una forma de alcanzar una salud y desarrollo pleno de las mujeres.

Por otro lado, es importante retomar y seguir profundizando en la definición de derechos sexuales y reproductivos en terminos éticos que implique garantizar la integridad de las personas, la libre autodeterminación, la igualdad de derechos y responsabilidades; y el reconocimiento de diversidad y especificidad de necesidades en materia de derechos humanos. Podemos afirmar que lo dicho por las autoras Correa y Petchesky (2001) esté lejos de entenderse a cabalidad, para este trabajo resulta significativo el análisis dado que los principios enunciados no están sobre un espacio vacío y siempre se encontraran contextualizados. Se tendrá que buscar y luchar por erradicar las desigualdades socio-espaciales, para un verdadero ejercicio de los derecho reproductivos y sexuales, que llevan implícitos la libre maternidad.

Finalmente, se concluye que se debe realizar trabajo de campo, de gabinete y de reflexión teórica entre instituciones, académicos y sociedad para entender los derechos sexuales y reproductivos como una integridad. El trabajo de campo para evaluar la situación y evaluar al personal que se encuentra brindando los servicios, aunado por vigilar el cumplimiento y aplicación de los mismo. Las y los geógrafos tenemos el deber de involucrarnos en la reflexión de los derechos sexuales y reproductivos, si buscamos analizar los espacios libres de violencia para las mujeres.

Bibliografía

Aguilar, P. I., 2009. Treinta años de Alma-Ata: Interpretaciones y consecuencias para el bienestar psicosocial y la salud comunitaria. *Personal 12*, enero-diciembre. pp. 153-165.

Cano, G., 1996. Más de un siglo de feminismo en México.. *Debate Feminista*, Octubre, Volumen 14, pp. 345-360.

CEFP, 2018. *Glosario de Términos más usuales en materia de Ingreso, Gasto y Deuda Pública*.. Palacio Legislativo de San Lázaro, Ciudad de México.: s.n.

CIDE, 2012. *Manual sobre la Clasificación Económica del Gasto Público. Programa de Presupuesto y Gasto Público*. s.l.:CIDE.

Colectivo de Geografía Crítica del Ecuador, 2018. *Geografiando para la resistencia. Los feminismos como práctica espacial*. Quito: s.n.

Corre, S. & Petchesky, R., 2001. Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En: *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: Porrúa, pp. 99-135.

Barbieri, T., 2000. Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada tiempos distintos.. *Revista Mexicana de Sociología*, enero-marzo, 62(1), pp. 45-59.

Bartra, E., 1999. El movimiento feminista en México y su vínculo con la academia. *Revista de Estudios de género. La ventana*, 10 diciembre, Issue 10, pp. 214-234.

Bernal, B. G., 1984. La mujer y el cambio Constitucioonal en México el decreto de 31 de diciembre de 1974. En: *Memoria del III Congreso Nacional de Derecho Constitucional (1983)*. México: UNAM. Dirección General de Publicaciones, p. 617.

Buck, S. A. (2001). El control de la natalidad y el día de la madre: política feminista y reaccionaria en México, 1922-1923.. *Signos históricos*, 3(5), pp. 9-53.

Bur, C., Patiño, A., Quiroz, L. A. & Martín-Lunas, E., 2011. Capítulo 4. Por los caminos del Sistema Nacional de Salud. En: *Guía para el paciente participativo atrévete a saber, atrévete a exigir*. México: LID Editorial Mexicana, pp. 58-79.

Damian, A. L. B., 2010. *La manifestación espacial de la violencia feminicida en naucalpan, 2000-2006*. Ciudad Universitaria. Facultad de Filosofía y Letras: Universidad Nacional Autónoma de México..

Damian, A. L. B., 2016. *El proceso de la producción de un espacio libre de violencia para las mujeres en Naucalpan, Estado de México 2010-2014*. México. Universidad Nacional Autónoma de México: s.n.

Davis, A. Y., 2005. *Mujer, raza y clase*. Madrid España: Ediciones Akal S.A.

De Vos, P. y otros, 2009. Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización 6. *Medicina Social. Salud para todos*, 4(2), pp. 124-134.

De Vos, P. & Van Der Stuyft, P., 2013. Determinantes sociopolíticos de las políticas internacionales de salud. 2013;30(2):288-98.. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(2), pp. 288-296.

Espinoza, G. D. & Paz, L. P., 2004. La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva. *Sociología*, enero-abril, 19(54), pp. 125-153.

Espinoza, G. D. & Lau Jaiven, A. (., 2011. *Un fantasma recorre el siglo XX. Luchas Feministas en México 1910-2010*. México: Itaca-Universidad Autónoma Metropolitana.

Esquivel, L. A. A. & Montero, D. C. M., 2000. La mujer mexicana y su desarrollo educativo: breve historia y perspectiva. *Educación y Ciencia*, Julio-Diciembre, 4(8), pp. 51-59.

Fajardo, G. O., 2004. La descentralización de los Servicios de Salud en México (1980-2000). *Elementos. Revista de Ciencia y cultura*, marzo-mayo, 11(53), pp. 45-50.

Felitti, K., 2009. Derechos reproductivos y políticas demográficas en América Latina. *Iconos Revista de Ciencias Sociales*, Septiembre, Issue 35, pp. 55-66.

Figuroa, J. G. P., 1999. Fecundidad, anticoncepción y derechos reproductivos. En: *Mujer, género y población*. México: El Colegio de México: Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 61-101.

García, M. D. R., 2008. ¿Espacios asexuados o masculinidades y feminidades espaciales?: hacia una geografía del género. *SEMATA, Ciencias Sociais e Humanidades*, Volumen 20, pp. 25-51.

García, R. M. D., 2005. Respondiendo a un desafío pendiente en geografía: el enfoque de género visto desde España. *Geographicalia*, Volumen 48, pp. 55-75.

García, V. M. G., 2014. La Evolución del Estado Mexicano y dos siglos de políticas de población. En: *Proyecciones y política de población en México*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos Urbanos y Ambientales, pp. 71-220.

González, R. A., 2007. El espíritu de una época. En: *Cartografías del feminismo mexicano, 1970-2000*. Ciudad de México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México, pp. 65-116.

Gobierno del Distrito Federal., 2000. Cuenta Pública 2000. Oficina del C. Srio de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2016/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2001. Cuenta Pública 2001. Oficina del C. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2001/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2002. Cuenta Pública 2002. Oficina del C. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2002/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2003. Cuenta Pública 2003. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2003/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2004. Cuenta Pública 2004. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2004/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2005. Cuenta Pública 2005. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2005/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2006. Cuenta Pública 2006. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2006/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2007. Cuenta Pública 2007. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2007/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2008. Cuenta Pública 2008. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2008/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2009. Cuenta Pública 2009. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2009/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2010. Cuenta Pública 2010. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2010/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2011. Cuenta Pública 2011. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2011/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2012. Cuenta Pública 2012. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2012/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2013. Cuenta Pública 2013. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2013/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2014. Cuenta Pública 2014. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2014/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2015. Cuenta Pública 2015. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2015/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2016. Cuenta Pública 2016. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2016/index.html>

Gobierno del Distrito Federal., 2017. Cuenta Pública 2017. Secretaria de Salud. Información Programático Presupuestal. Consultado el 20 de octubre de 2018. En línea: <https://data.finanzas.cdmx.gob.mx/egresos/cp2017/index.html>

Gutmann, M. C., 2016. Planificar que los hombres queden fuera de la planificación familiar. En: *Por mis pistolas: sexualidad, anticoncepción y sida en México..* Ciudad de México: Siglo XXI, pp. 122-154.

Horcasitas, B. U., 2003. Eugenesia y aborto en México (1920-1940). *Debate Feminista*, Volumen 27, pp. 305-323.

Harvey, D., 2012. Los desarrollos geográficos desiguales y los derechos universales. En: *Espacios de Esperanza*. Madrid: Akal S.A, pp. 93-116.

Ibarra, M. V. G., 2004. *Los espacios de poder del Grupo Atlacomulco*. México, UNAM(Ciudad de México): UNAM.

Ibarra, M. V. G., 2012. Espacio: elemento central en los movimientos sociales por megaproyectos. *Desacatos*, Mayo-agosto, Issue 39, pp. 141-158.

Ibarra, M. V. G. & Escamilla, I. H., 2016. La geografía feminista, de género y de la sexualidad en México, un saber en crecimiento. En: *Geografía feminista en diversas latitudes. Orígenes, desarrollo y temáticas contemporáneas*. México.: UNAM, Instituto de Geografía, pp. 209-238.

INEGI, 2015. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. [En línea] Available at: <http://www.beta.inegi.org.mx> [Último acceso: 1 noviembre 2018].

Karsten, L. & Meertens, D., 1992. La geografía de género: sobre visibilidad, identidad y relaciones de poder. *Documents D'Anàlisi Geogràfica*, Volumen 29-20, pp. 184-193.

- Lefebvre, H., 1976. *Espacio y política. El derecho a la Ciudad II*. Barcelona: s.n.
- Lefebvre, H., 1978. *El derecho a la ciudad*. Barcelona: Península.
- León, E. H., 2016. Vigencia del espacio en la geografía y la teoría social. Apuntes desde la filosofía de la praxis. En: *Geografía crítica. Espacio, teoría social y geopolítica*. Ciudad de México: Itaca, pp. 65-98.
- Lobato, R. C., 1998. Espacio, un concepto clave en geografía.. En: *Cuadernos de Geografía Brasileña*. México: s.n., pp. 21-46.
- Marks, L., 1997. Historia de la píldora anticonceptiva. *Ciencias*, octubre-diciembre.048(32-39).
- Massey, D., 2012. *Un sentido global del lugar*.. Barcelona : Icaria. Espacios Críticos.
- McDowell, L., 2000. *Género Identidad y Lugar. Un estudio de la geografía feminista*. s.l.:Universitat de València.
- Menéndez, E. L., 2005. Políticas del Sector Público Mexicano (1980-2004) Ajustes Estructurales y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales. *Salud Colectiva*, mayo-agosto, 1(2), pp. 195-223.
- Monk, J. & Garcia , M. D. R., 1987. Geografía feminista: una perspectiva internacional. *Documents d' Anàlisi Geogràfica*, pp. 147-157.
- Montaño, B. G. H., 2014. *Exclusión de los servicios de salud de las mujeres en condiciones de pobreza en la periferia de la Ciudad de México : el caso de la Delegación Xochimilco*. Ciudad de México: UNAM.
- Nelson, L., 2016. Geografía feminista anglosajona: reflexiones hacia una geografía global. En: *Geografía feminista de diversas latitudes. Orígenes, desarrollo y temáticas contemporáneas*. México: UNAM. Instituto de geografía, pp. 21-53.
- Núñez, S. C., 2012. Reforma Social, honor y justicia: infanticidio y aborto en la Ciudad de México, 1920-1940. *Signos Históricos*, julio-diciembre, Issue 28, pp. 66-113.
- ONU, 1994. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. [En línea]
Available at: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
- ONU, s.f. *Definiciones de términos para la base de datos sobre declaraciones y convenciones*. [En línea]
Available at: <http://www.un.org/spanish/documents/instruments/terminology.html>
[Último acceso: octubre 2018].
- Ortega Valcárcel, J., 2000. *Los horizontes de la geografía*. Barcelona: Ariel Geografía.

Ortega, J. V., 2000. Capítulo 18. El objeto de la geografía: las representaciones del espacio. En: *Los horizontes de la geografía. Teoría de la geografía.* . Barcelona: Ariel, pp. 337-367.

Peake, L. & Sheppard, E., 2014. Emergence of Radical/Critical Geography within North America. *ACME: An International Journal for Critical Geographies*, 13(2), pp. 305-327.

Schiavon , R. E. & Gonzales de Leon , D. A., 2017. Avances y retos de los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México. *Coyuntura Demográfica*, Issue 11, pp. 45-51.

Schurr, C., 2016. ¿Otras geografías son posibles?! Geografía feminista en Suiza, Austria y Alemania. En: *Geografía feminista de diversas latitudes. Orígenes, desarrollo y temáticas contemporáneas.* México: UNAM, Instituto de Geografía, pp. 153-187.

Sánchez, A. R. O., 2009. *Derechos Sexuales y Reproductivos en México: Feminismo y construcción de la ciudadanía de las mujeres.*. México: Departamento de Tipografía y Diseño de la Unidad de Servicios Editoriales de la FES Acatlan-UNAM.

SALUD, 2012. *Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.* México: Secretaria de Salud.

Sabaté, A. M., 1984. Mujer, geografía y feminismo.. *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, Volumen 4, pp. 37-53.

Sabaté, A. M., Rodríguez, J. M. M. & Díaz, M. Á. M., 1995. *Mujeres, espacio y sociedad.* Madrid : Síntesis .

Santos, M., 1986. Espacio y método. *Cuadernos críticos de geografía humana*, Issue 65, p. 28.

SHCP, 2009. *Postulados Básicos de Contabilidad Gubernamental*, México: Secretaria de Hacienda y Crédito Público.

SEDESA, 2018. *En 2017 SEDESA brindó atención médica a 13 mil 064 adolescentes embarazadas*, Ciudad de México: s.n.

Smith, N. R., 2012. Argumentos globales. Desarrollos desiguales. En: *La nueva frontera urbana. Ciudad revanchista y gentrificación.* Madrid: Traficante de sueños, pp. 137-158.

Tuñón, E. P. & Matinez, J. I. O., 2017. La propuesta político-feminista de Hermila Galindo: Tensiones, oposiciones y estrategias.. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género del Colegio de México*, 3(6), pp. 1-35.

Uribe, H. G. O., 1996. Las nuevas rutas de la geografía Humana.. En: *Geografía Política. Verdades y falacias de fin de milenio.*. México: Nuestro Tiempo, pp. 27-76.