



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Derecho

**Derechos Reproductivos en México, Protección Integral
del Artículo 4to Constitucional :
Propuesta de Directrices para la Creación de un
Instrumento Jurídico**

Tesis que para obtener el título de Licenciada en
Derecho presenta:

SANCHEZ GUZMAN GABRIELA DONAJI

Tutor:

Marco Antonio Zeind Chávez

M en Arq. Liliana Ángeles Rodríguez

Ciudad Universitaria, CD. MX., 2022

**FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE DERECHO ADMINISTRATIVO
OFICIO No: FD/SDA/177/2022**

**M. EN C. IVONNE RAMÍREZ WENCE
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR.
P R E S E N T E**

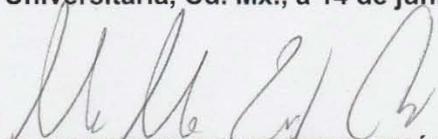
Distinguida Señora Directora:

Me permito informar que la tesis para optar por el título de Licenciado en Derecho, elaborada en este Seminario por la pasante **GABRIELA DONAJI SÁNCHEZ GUZMÁN** con número de cuenta **312093251**, bajo la dirección del que suscribe, denominada **"DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO. PROTECCIÓN INTEGRAL DEL ARTÍCULO 4TO CONSTITUCIONAL. PROPUESTA DE DIRECTRICES PARA LA CREACIÓN DE UN INSTRUMENTO JURÍDICO"**, satisface los requisitos establecidos por el Reglamento General de Exámenes Profesionales y de Grado de la UNAM, por lo que otorgo la aprobación correspondiente y autorizo su presentación al jurado recepcional en los términos del Reglamento de Exámenes Profesionales y de Grado de esta Universidad.

La interesada deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de los seis meses siguientes (contados día a día) a aquél en que le sea entregado el presente oficio, en el entendido de que transcurrido dicho lapso sin haberlo hecho, caducará la autorización que ahora se le concede para someter su tesis a examen profesional.

Sin otro particular, le envío un cordial y respetuoso saludo.

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, Cd. Mx., a 14 de junio de 2022



**DR. MARCO ANTONIO ZEIND CHÁVEZ
DIRECTOR DEL SEMINARIO**

C.c.p. Secretaría de Exámenes Profesionales. - Presente

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I. CONCEPTOS Y NOCIONES FUNDAMENTALES SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	5
1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN ALGUNOS PAÍSES EL MUNDO.....	5
INTERNACIONAL.....	5
ESTADOS UNIDOS.....	12
INDIA	14
BRASIL.....	15
EGIPTO	16
PERÚ.....	17
TURQUÍA	19
VIETNAM.....	21
POLONIA.....	22
1.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO	23
1.3 CONCEPTOS	29
A. SEXUALIDAD.....	29
B. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	31
C. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	32
D. INTIMIDAD Y LIBERTAD.....	36
E. SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	36
F. JUSTICIA REPRODUCTIVA	40
G. PATERNIDAD RESPONSABLE	40
H. EDUCACIÓN SEXUAL	42
1.4 POSTURAS PARA LA ENSEÑANZA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	44
A. ÉTICAS	44
B. CIENTÍFICAS.....	48
C. ENCUENTRO ENTRE AMBAS POSTURAS	52

CAPÍTULO II. EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS.	54
2.1 LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN EL MUNDO.....	54
A. TRATADOS INTERNACIONALES	54
B. EXPERIENCIA EN OTROS PAÍSES (CASOS DE ÉXITO)	90
2.2 LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO	97
A. FUNDAMENTO	98
B. EJERCICIO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS.....	157
CAPÍTULO III. PROBLEMÁTICA DE LA PROTECCIÓN PARCIAL DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	231
3.1 PROBLEMÁTICA.....	231
3.2 CONSECUENCIAS PARA EL ESTADO.....	232
3.3 CONSECUENCIAS EN LA POBLACIÓN.....	248
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y PROPUESTA.....	260
4.1 CONCLUSIONES GENERALES	260
4.1.1 CONCLUSIONES CAPÍTULO I	260
4.1.2 CONCLUSIONES CAPÍTULO II	265
4.1.3. CONCLUSIONES CAPÍTULO III	267
4.2 CONCLUSIONES ESPECÍFICAS.....	268
EQUIDAD DE GÉNERO	268
EDUCACIÓN SEXUAL	268
JUSTIFICACIÓN PARA LA CREACIÓN DE UN ORDENAMIENTO JURÍDICO... ..	272
4.2 LINEAMIENTOS NECESARIOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN ORDENAMIENTO JURÍDICO.....	274
BIBLIOGRAFÍA	285

AGRADECIMIENTOS

A mi padre mi inspiración, a mi hermano mi motivación, a mi madre mi apoyo incondicional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, sus profesores, en especial al Dr. Marco Antonio Zeind, a la Dra. Sonia Venegas, a la profesora Aida Lascano, al Mtro. Iván Adelchi y al personal del Seminario de Derecho Administrativo, así como a todos los profesores que contribuyeron en mi formación como universitaria.

A Carlos Vázquez, gran y confiable compañero.

A mis grandes amigos y compañeros de estudio Yael Díaz, Luis Perón, Nuria Villegas, Daniela Juárez y Noemi Luz.

Al Diácono José Joel por su invaluable apoyo.

A las asociaciones civiles que contribuyeron con esta investigación.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo visualizar los factores que han influido en el adecuado ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, con la finalidad de establecer las posibles soluciones para un pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través de un instrumento jurídico que incorpore elementos médicos, psicológicos, pedagógicos y jurídicos.

En México existen diversos problemas de salud pública que tienen un origen común, por ejemplo, el incremento en el número de adolescentes embarazadas, el aborto clandestino, el aumento de personas infectadas por enfermedades de transmisión sexual, entre otros. A pesar de la existencia de políticas sobre planificación familiar, ésta no ha obtenido los resultados esperados.

En mi opinión, el problema radica en el adecuado ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y en la manera en que el Estado ha planteado que deben ser garantizados a través de las estructuras administrativas.

CAPÍTULO I. CONCEPTOS Y NOCIONES FUNDAMENTALES SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Con propósitos introductorios y de marco teórico, este capítulo expondrá el proceso histórico de los derechos sexuales y reproductivos en la sociedad, en la legislación mexicana y en otros países cuya evolución es representativa o ha marcado una pauta a nivel internacional.

Se presentarán definiciones y conceptos elementales para el estudio del tema, en qué consisten alcances, condiciones y limitaciones.

Por último, contendrá las posturas científicas y éticas respecto a la divulgación de los temas sobre sexualidad y reproducción.

1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN ALGUNOS PAÍSES EL MUNDO

INTERNACIONAL

La concepción del término “derechos sexuales y reproductivos” es relativamente nueva, a pesar de que el ejercicio de la sexualidad es tan antigua como el hombre mismo. Es por ello, que considero importante estudiar la evolución histórica de este término (o sus derivaciones) desde la época moderna hasta la actualidad.

Antes de desglosar este apartado, relativo a su evolución a nivel internacional, principalmente en la sociedad occidental, quisiera resaltar lo mencionado por Rubín Gayle:

Como con otros aspectos del comportamiento humano, las formas institucionales concretas de la sexualidad, a toda hora y en todo lugar, son productos de la actividad humana. Están impregnadas de conflictos de interés y maniobras políticas, tanto deliberadas como accidentales. En este sentido, el sexo siempre es político. Pero también existen periodos históricos en los que la sexualidad crea un mayor debate y se politiza más abiertamente. En tales períodos, el dominio de la vida erótica se tiene, de hecho, que renegociar.¹

Relacionado con lo anterior, Michel Foucault asegura que a lo largo de la historia se han construido discursos sobre el sexo con el fin de intervenir en la vida económica y política de la sociedad.

Expone que han existido dos grandes visiones para explicar la sexualidad: la visión oriental y occidental. Por un lado, sociedades como China, Japón e India explicaban la sexualidad a través del erotismo, del placer y la necesidad de mantenerlo

¹PARKER Richard, et. al., *Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente*, Sexuality Policy Watch, 2008 p. 412

en secreto pues, según la tradición, perdería su eficacia y su virtud si fuera divulgado; por ello resultó fundamental la relación con el maestro poseedor de los secretos.²

Por otro lado, la sociedad occidental desde la Edad Media fue la única en practicar una *scientia sexualis*, introdujo la confesión como ritual, en oposición al secreto, se desarrollaron procedimientos para saber la verdad sobre el sexo:

En el siglo XVII la pastoral cristiana introdujo en el discurso sobre el sexo, el deber de externar todo lo relacionado a él, se debían confesar no sólo los actos contrarios a la ley, sino intentar convertir el deseo en discurso. Sin embargo, las palabras utilizadas debían ser cuidadosamente neutralizadas.³

En el siglo XVIII la sociedad empezó a producir “discursos verdaderos” sobre el sexo, se habló mucho de él y se instó a todos a hacerlo, con el objetivo de formular una verdad regulada. Esta incitación a hablar sobre sexo ya no era sólo religiosa, sino también política, económica y técnica; para el cumplimiento de sus objetivos fue una necesidad establecer un discurso no solo moral sino también de racionalidad; la forma del discurso era de análisis, contabilidad, clasificación y especificación, expresado en investigaciones cuantitativas o causales. Se habló de sexo no como algo que se tiene que condenar o tolerar sino como algo que se debe dirigir y regular para el “beneficio de todos”.⁴

A la par de la implementación de estas prácticas, la población surgió como problema político y económico, entendida como población-riqueza, población-mano de obra, la población en equilibrio entre su crecimiento y los recursos de que dispone, así como todo lo que implica (natalidad, mortalidad, esperanza de vida, fecundidad, salud, alimentación y vivienda).⁵ La economía política, mezclando lo biológico y lo económico, realizó un análisis de las conductas sexuales, de sus determinaciones y efectos; aparecieron campañas sistemáticas que trataron de convertir el comportamiento sexual de las parejas en una conducta económica y política concertada.⁶

Foucault identificó cuatro estrategias desarrolladas en el mundo occidental, desde el inicio del siglo XVIII, para implementar la sexualidad:

1. “Histerización” de los cuerpos de las mujeres: los cuerpos de las mujeres son considerados por la ciencia como totalmente saturados de sexualidad y de los imperativos de la reproducción, por lo tanto, se les debe brindar atención y tratamiento médico.

2. “Pedagogización” de la sexualidad de los niños: se descubre la sexualidad de los niños y se percibe como algo natural pero también se considera peligrosa y por lo tanto se debe controlar y vigilar.

²Cfr. FOUCAULT Michel, *Historia de la sexualidad t. I La Voluntad de Saber*, traducción Ulises Guiñazú, México, Siglo veintiuno editores, 1998 p. 35

³ *ibidem* p. 15

⁴ Cfr. FOUCAULT Michel, op. cit. pp. 16 y 17

⁵ *ibidem* pp. 17 y 18

⁶ *ibidem* p. 18

3. “Socialización” del comportamiento reproductivo: es la responsabilización de las parejas con respecto a la fertilidad, la cual debía ser restringida o alentada, dependiendo de las necesidades de la sociedad.

4. “Psiquiatrización” de los placeres perversos: se aísla al instinto sexual como un fenómeno separado, se medicalizan las anomalías, es decir, los comportamientos sexuales no permitidos se identifican como categorías de diagnóstico y se diseña una terapia correctiva.⁷

A finales del siglo XVIII y principios del XIX surgieron múltiples discursos sobre el sexo intensificando la consciencia de un peligro intrínseco: la medicina a través de las enfermedades de los nervios; la psiquiatría, cuando se puso a buscar en el "exceso", en la masturbación, en la insatisfacción, en los "fraudes a la procreación", en las causas de las enfermedades mentales, en específico de las perversiones sexuales; también la justicia penal, que había enfrentado la sexualidad en forma de crímenes enormes y contra natura. Estos controles sociales se filtraron en la sexualidad de las parejas, de los padres, de los niños y de los adolescentes con el objetivo de proteger, separar y prevenir, señalando peligros por todas partes, llamando la atención, exigiendo diagnósticos, realizando informes e implementando tratamientos.⁸

Además de estos discursos existían tres grandes códigos explícitos que regulaban las prácticas sexuales: el derecho canónico, la pastoral cristiana y la ley civil. Cada uno, a su manera, establecía la línea divisoria de lo lícito y lo ilícito, pero todos hablaban de las relaciones matrimoniales: el deber conyugal, la capacidad para cumplirlo, la manera de vivirlo, las exigencias y las violencias que lo acompañaban, las caricias inútiles o indebidas, la fecundidad, los momentos en que se exigía o se prohibía la relación sexual, su frecuencia y su rareza.⁹

En el siglo XIX, aparecieron diversos discursos sobre homosexualidad, inversión, pederastia y hermafroditismo psíquico, los cuales reforzaron los controles sociales sobre la "perversidad", pero también permitieron la construcción de un discurso de rechazo.¹⁰

En la época en la que se explotaba sistemáticamente la fuerza de trabajo no se podía tolerar que esa fuerza se enfocara en los placeres (salvo lo necesario para reproducirse), por ello el sexo se reprimía con tanto rigor.¹¹ Se definió estrictamente dónde y cuándo no era posible hablar del sexo; en qué situación, entre qué locutores, y en el interior de cuáles relaciones sociales; así se establecieron relaciones de tacto y discreción: entre padres y niños, educadores y alumnos y patronos y sirvientes.¹²

En el siglo XIX la sexualidad fue cuidadosamente encerrada en la familia conyugal y la pareja legítima y procreadora se impuso como modelo.¹³

⁷Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 350

⁸Cfr. FOUCAULT Michel, op. cit. p. 18

⁹*ibidem* p. 24

¹⁰*ibidem* p. 60

¹¹*ibidem* p. 7

¹²*ibidem* p. 13

¹³*ibidem* p. 6

A lo largo de este siglo el conocimiento sobre el sexo se dividió, por un lado, la biología de la reproducción se desarrolló de modo continuo según el avance científico general, pero por otro lado el discurso sobre el sexo obedeció a otras reglas de formación. No hubo un intercambio real entre las dos posturas, la biología de la reproducción servía de pretexto para que los obstáculos morales, las opciones económicas o políticas y los miedos tradicionales, pudieran reescribirse en un vocabulario científico.¹⁴

Los mecanismos de represión en la historia de la sexualidad suponen dos rupturas:

1. Durante el siglo XVII con el nacimiento de las grandes prohibiciones, la valoración de la sexualidad adulta y matrimonial únicamente, los imperativos de decencia, la evitación obligatoria del cuerpo y los silencios y pudores imperativos en el lenguaje.

2. En el siglo XX los mecanismos de la represión empezaron a aflojarse; se pasó de las prohibiciones sexuales apremiantes a una tolerancia relativa respecto de las relaciones prenupciales o extramatrimoniales; la descalificación de los "perversos" se atenuó, y se borró en parte su condena por la ley; además se eliminaron ciertos tabúes que pesaban sobre la sexualidad infantil.¹⁵

Terminando con el análisis de Foucault, podemos observar que en los tres últimos siglos han existido una gran variedad de discursos inventados para hablar sobre sexo, para hacer hablar del sexo, para obtener que él hable por sí mismo, para escuchar, registrar, transcribir y redistribuir lo que se dice.

Ahora bien, de manera puntual, en el siglo XX se han registrado cambios importantes en torno a la sexualidad, las Naciones Unidas han sido la cuna de una lucha abierta por la sexualidad, principalmente desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 y otros tratados relacionados con la familia, el matrimonio y la igualdad entre sexos.¹⁶

Entre 1959 y 1960 la salud reproductiva comprendía la regulación de la fecundidad, y se relacionaba el crecimiento de ésta con la pobreza.

Un gran paso en torno a la salud reproductiva fue que en la Proclamación Teherán en 1968 se consagró la regulación de la fecundidad como un derecho humano básico.

Más tarde, en 1974 el Plan de Acción de la Conferencia Mundial de Población realizado en Bucarest, señaló el derecho de las personas a tomar decisiones de manera libre e informada sobre el número de hijos y su espaciamiento, además estableció que el Estado debe asegurar el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos para hacer efectivas estas decisiones. Considero que este documento fue un gran avance en favor de los derechos sexuales y reproductivos, sobre todo por la responsabilidad que tiene el Estado en brindar la información necesaria respecto a estos temas.

¹⁴Cfr. FOUCAULT Michel, op. cit. p. 34

¹⁵*ibidem* p. 69

¹⁶Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 348

La Ciudad de México ha sido sede de dos conferencias relevantes sobre los derechos sexuales y reproductivos, la primera fue la Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1975 donde se reconoció el derecho de las mujeres a la integridad física y a decidir sobre su propio cuerpo; la segunda fue la Conferencia Internacional sobre Población de 1984, la cual amplió el enfoque de la Conferencia de Bucarest para señalar que el derecho a decidir el número de hijos y su espaciamiento no sólo pertenecía a los individuos en particular sino también a las parejas.

En 1978 la Conferencia de Alma Ata elevó la planificación de la familia y la salud materno-infantil a nivel de atención primaria de salud.

A principios de la década de los ochenta, apareció globalmente la epidemia de VIH-Sida, con ello surgieron nuevos actores políticos y como parte del discurso en torno a la epidemia, se cambiaron los significados vinculados al género y a la sexualidad¹⁷, relacionando estos conceptos con los peligros derivados de la enfermedad.

En sentido contrario, en esta misma década, organizaciones feministas de diferentes partes del mundo consideraron que los Derechos Humanos Internacionales debían aplicarse a temas de sexualidad y reproducción. En 1984 en la Reunión Internacional de las Mujeres y la Salud, llevada a cabo en Amsterdam, diversas activistas coincidieron en la necesidad de que las mujeres del mundo exigieran el control sobre sus vidas reproductivas y sobre sus derechos reproductivos,¹⁸ la Conferencia fue organizada por la Red CARASA y por una red europea que después se convertiría en la Red Mundial por los Derechos Reproductivos de las Mujeres. En esta conferencia se adoptó el concepto “derechos reproductivos” y con ello entró al ámbito de la legitimidad social y política: por primera vez el término “derechos reproductivos” fue utilizado de manera amplia consiguiendo que aludiera a conceptos como salud de la mujer, salud integral de la mujer, el derecho al aborto, el derecho a la anticoncepción, entre otros. Lo anterior se considera un gran logro en el movimiento de las mujeres para ampliar los alcances del concepto “Derechos Humanos”.¹⁹

A excepción de la protección de la explotación sexual y del abuso sexual presente en la Convención de los Derechos del Niño en 1989, los términos “sexualidad” o “sexual” no habían sido mencionados en documentos internacionales. Fue hasta 1993 que en la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos celebrada en Viena se menciona la protección de la mujer contra el acoso y la explotación sexual, en dicha Conferencia se hizo caso a las exigencias de las activistas feministas sobre abordar las violaciones de los derechos humanos de las mujeres.²⁰

Por otro lado, en mayo de ese mismo año, se empezaron a definir las estrategias sobre sexualidad para la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo de El

¹⁷Cfr. PARKER Richard, op. cit. pp. 432 y 433

¹⁸*ibidem* pp. 355

¹⁹Cfr. ROSALES y Villaverde, *Salud sexual y procreación responsable: desde una perspectiva de Derechos Humanos y con enfoque de género. Estudio de la ley 25.673*, Buenos Aires, ed. Abeledo Perrot, normativa nacional, provincial y comparada, 2008 pp. 16 y 17.

²⁰Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 357

Cairo, activistas como Petchesky, Copelon y Jacobson prepararon un análisis sobre género para el Plan de Acción Mundial Sobre Población en la Segunda Reunión Preparatoria del Comité para la Conferencia. El plan de acción se enfocaba en los derechos reproductivos y de género, pero también destacaba la ausencia en el texto de los derechos sexuales y reproductivos, la salud sexual y la sexualidad. Las negociaciones en El Cairo fueron complicadas, grupos conservadores lograron oponerse a que se incluyeran los términos “salud sexual y reproductiva” y “derechos sexuales y reproductivos”; al final, en el capítulo VII se omitieron los derechos sexuales, dejando sólo los derechos reproductivos.

En opinión de Mónica Gogna, los principales aportes de la Conferencia en El Cairo en favor de la sexualidad fueron: a) la construcción de las categorías de derechos sexuales y reproductivos y b) la inclusión de la sexualidad como dimensión asociada inevitablemente a la plenitud y la salud humanas.²¹

Después de su experiencia en la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo en El Cairo, los grupos feministas se prepararon para la Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres en Beijing y organizaron una agenda y un plan en favor de los derechos sexuales y la orientación sexual. Su trabajo comenzó en la Reunión Preparatoria Regional de Alto Nivel para la Comisión Económica Europea, los grupos de mujeres europeas y norteamericanas habían cabildeado con sus gobiernos a fin de que en el informe regional se destacara el tema de la sexualidad.²²

Sumado a lo anterior, en 1994, la Comisión Internacional de Derechos Humanos de Gays y Lesbianas con sede en Estados Unidos, organizó una petición para poner el tema de la sexualidad en la agenda de la Conferencia de Beijing. La petición fue presentada en Beijing con alrededor de 6,000 firmas de individuos y grupos alrededor del mundo, dicha petición hizo un llamado a los gobiernos para reconocer como componentes fundamentales de los derechos humanos de todas las mujeres, sea cual fuere su orientación sexual: el derecho a determinar la propia identidad sexual; el derecho a controlar el propio cuerpo y el derecho a escoger si, cuándo y con quién tener y criar hijos.²³

Los grupos feministas se enfrentaron a la Santa Sede y a sus aliados conservadores ya que se opusieron a incluir el lenguaje sobre salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos y sobre todo el de orientación sexual.

Poco antes de terminar la Conferencia de Beijing, la lucha de las organizaciones civiles dió resultado y las negociaciones les favorecieron gracias al apoyo de países como Sudáfrica, Senegal, el Caribe y varios países latinoamericanos, entre ellos Brasil y México, así como el liderazgo del embajador Merwat Tallawy de Egipto.²⁴ Como resultado de su lucha, se logró la redacción del párrafo 96, el cual habla acerca del

²¹Cfr. En ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 8

²²Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 368

²³*ibidem* p. 370

²⁴*ibidem* p. 378

derecho de las mujeres a tener el control sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, sin embargo no se incluyó el concepto “derechos sexuales” y tampoco se incluyeron a los hombres ni a los adolescentes en el tema.

En 2004, en los preparativos para la sesión de la Comisión de Derechos Humanos, se reunieron grupos internacionales de derechos humanos con grupos de salud sexual y reproductiva, activistas que habían participado en Beijing y grupos LGBT brasileños; a pesar de las diferencias entre los grupos, se organizaron para llegar a un acuerdo que tenía el fin de presionar por la inclusión de la identidad de género en la resolución sobre orientación sexual.²⁵ Sin embargo, al inicio de la Comisión de Derechos Humanos, Brasil anunció que no continuaría con la resolución, aparentemente los Estados de la Organización de la Conferencia Islámica lo habían amenazado con boicotear la Cumbre de Comercio que se llevaría a cabo a finales de 2004 de la cual Brasil era el anfitrión.²⁶

En la Comisión de Derechos Humanos de 2005 Brasil confirmó que no continuaría con la resolución y ningún otro país quiso retomarla, por lo que la resolución caducó. Sin embargo, en nombre de 32 países de diferentes regiones, Nueva Zelanda entregó una fuerte declaración contra la discriminación con base en la orientación sexual.²⁷

A pesar de los resultados, la integración de nuevos grupos de trabajo y la alianza entre los diferentes movimientos fue un legado que dejó la resolución de Brasil, además de que contribuyó con la concientización y comprensión de los gobiernos y los defensores de derechos humanos acerca de temas relacionados con la sexualidad que no se habían contemplado en luchas anteriores.²⁸

Como se ha expuesto a lo largo de este capítulo, el progreso de los derechos sexuales y reproductivos se debió a procesos y luchas sociales complejas y largas, las cuales necesitaron la intervención y voluntad de los Estados y de la sociedad civil trabajando de manera conjunta, la ONU ha sido un escenario importante para realizar estas luchas.

A lo largo de la pugna por los derechos sexuales y reproductivos, los grupos conservadores en la ONU han buscado regular la sexualidad de manera indirecta a través de acuerdos sobre la familia, el matrimonio, los derechos de los padres, entre otros, pero no mencionan abiertamente conceptos como sexualidad, salud sexual u orientación sexual. Para contrarrestar las intenciones de estos grupos, las organizaciones de la sociedad civil han aprendido a organizarse, la movilización fue la clave del éxito en Beijing, al igual que las alianzas entre los diferentes países, estas alianzas son y serán fundamentales para combatir los argumentos culturales y religiosos que constituyen los principales obstáculos para el avance de los derechos relacionados con la sexualidad en el plano internacional.

²⁵Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 384

²⁶*ibidem* p. 386

²⁷*ibidem* p. 390

²⁸*ibidem* p. 392

El papel de las feministas involucradas en programas de salud reproductiva y población y de activistas que trabajan en programas de VIH-Sida, ha sido una de las estrategias más efectivas en la búsqueda de cambios políticos de mayor alcance relacionados con el género, la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Gracias a los grupos feministas se han alcanzado grandes avances en torno a la sexualidad, el género y la reproducción, a pesar del esfuerzo de los grupos de mujeres, aún no se han incluido a los hombres en estos temas, existe el cuestionamiento sobre si los hombres se encuentran en la misma condición que las mujeres y si se deben promover estos derechos también para ellos.²⁹

Los conceptos van avanzando, evolucionando y adaptando, en la conceptualización de los derechos sexuales se ha advertido que existen limitaciones al concebir los temas relacionados con la reproducción como esencialmente femeninos, esta visión no permite incluir los problemas de las personas trans³⁰, por ello considero que se debe modificar la cultura sobre sexualidad y no solo incluir a las personas trans sino también a los hombres, niños y adolescentes y a todas las personas en general porque todas ellas ejercen, a su manera, su sexualidad.

Al respecto, hablando sobre cultura sexual Jenkins menciona que la cultura es el proceso principal a través del cual los seres humanos satisfacen sus necesidades biológicas, tanto orgánicas como percibidas. Por lo tanto, las culturas se pueden definir como aquellas constelaciones de ideas, prácticas y objetos y sus significados y contextos, en los que la gente participa, ya sea durante todas sus vidas o en varios periodos de éstas, que se adaptan para satisfacer las necesidades eróticas que se sientan. Las culturas sexuales varían según el tiempo y el lugar, y están completamente influenciadas por un sinnúmero de factores.³¹

La lucha por los derechos sexuales y reproductivos en el mundo es una, pero cada uno de los países tiene su propia historia y conjuntamente han marcado la pauta para su desarrollo a nivel internacional, a continuación, presentaré algunos casos que han marcado un cambio significativo para su avance global, y otros que permiten reflexionar sobre algunos problemas que aún siguen vigentes.

ESTADOS UNIDOS

Deborah L. Rhode menciona que en Estados Unidos para la mayoría de las mujeres blancas de clase media, a finales del siglo XIX y principios del XX, el matrimonio y la maternidad eran la mejor fuente de seguridad económica y estatus social, por lo que cualquier amenaza a la familia era rechazada por ellas, en especial si la mayor ganancia era la libertad sexual, que para muchas consistía en una experiencia identificada con un deber más que con el placer.³²

²⁹Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 47

³⁰Cfr. BERGALO Paola (comp), *Justicia, género y reproducción*, Argentina, Librería, 2010 p. 8

³¹ PARKER Richard, op. cit. pp. 409 y 410

³² BERGALO Paola, op. cit. p. 78

A pesar de la visión y cultura de esa época, Estados Unidos fue la cuna de la activista y enfermera Margaret Sanger, quien inició su movimiento en 1914 con la publicación de su propio periódico llamado "*The Woman Rebel*" desafiando las leyes Comstock que prohibían la difusión de publicaciones sobre sexo, reproducción o control de natalidad, también publicó su libro "*Family Limitation*" que vendió 10 millones de copias y se convirtió en la biblia del movimiento precursor para el control de la natalidad.³³

En octubre de 1916 Margaret Sanger abrió la primera clínica para el control de la natalidad del país, fundando los orígenes de lo que hoy es *Planned Parenthood*. Y en 1922 fundó la Liga Americana para el Control de la Natalidad.³⁴

En 1937 la Asociación Médica Americana reconoció oficialmente a los anticonceptivos como una parte integral de la práctica y educación médica, Carolina del Norte fue el primer Estado en reconocer el control de la natalidad como una medida de salud pública y en proporcionar servicio de anticonceptivos a las madres indigentes a través de su programa de salud pública.³⁵

De 1940 a 1943 Margaret Sanger colaboró con un programa de educación denominado "*Division of Negro Service*", el cual asesoró a más de 100 líderes afroamericanos, organizó exhibiciones y distribuyó materiales sobre planificación familiar a organizaciones negras.³⁶ Igualmente, la activista contribuyó en el desarrollo de la píldora anticonceptiva y en mayo de 1960 se aprobó la venta de las primeras píldoras esteroides orales para la anticoncepción por la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos.³⁷

Poco a poco se fueron modificando las formas de pensamiento y se pudieron visibilizar algunos problemas relacionados con la sexualidad y la reproducción, fue así que en 1965 se suscitó el caso Griswold contra Connecticut sobre la inconstitucionalidad de las leyes que prohíben el uso de anticonceptivos.

En opinión de María de la Luz Dávila Mayorga, la sentencia del caso Griswold permitió reconocer lo que hoy se conoce como libertad reproductiva estrechamente relacionada con el derecho a la intimidad.³⁸

En este caso el Magistrado Stewart expuso que el uso de anticonceptivos en una relación matrimonial debería dejarse a la discreción de los individuos según sus creencias morales, éticas y religiosas. En el ámbito de la política social, creo que la asesoría profesional sobre métodos de control natal debería ser accesible para todos, de tal suerte que cada quien pudiera elegir el que más le conviniera.³⁹

³³Cfr. KNOWLES Jon trad. Susana Petit y Judith Cohen, *Margaret Sanger, heroína del Siglo XX*, Estados Unidos, ed.Planned Parenthood Federation of America, 2009 pp. 3 y 4

³⁴*ibidem* pp. 7 a 9

³⁵Cfr. KNOWLES Jon *Ibidem*, op. cit. p. 9

³⁶*ibidem* p. 10

³⁷*ibidem* p. 11

³⁸SILVA García Fernando (coord.), *Garantismo Judicial: Libertad Reproductiva*, México, Porrúa, 2011 p. 178

³⁹*ibidem* p. 206

La sentencia revocó la ley de Connecticut que prohibía el uso de métodos anticonceptivos en el matrimonio y con ella se obtuvo la primera garantía constitucional de protección del derecho de anticonceptivos, lo que preparó el camino para la aceptación casi unánime de la anticoncepción que existe actualmente en el país.⁴⁰

Como he expuesto, la experiencia de Estados Unidos respecto a los derechos sexuales y reproductivos fue marcada por una lucha incansable de activistas lideradas por Margaret Sagner, su movimiento fue la pauta para cambiar la mentalidad de la sociedad americana y con ello seguir en la lucha por la libertad sexual como el caso Griswold. Sin embargo, todavía hay temas relacionados con la libertad sexual que no sólo involucran a las mujeres y es en estos temas en los que todavía hay mucho camino por recorrer.

INDIA

En este apartado me baso en el estudio realizado por Radhika Ramasubban nombrado “Cultura, políticas y discursos sobre sexualidad: una historia de resistencia a la Ley Anti-sodomía en la India.”

En el contexto de este país, para las personas que no se conformaban con los roles de género establecidos o no se resignaban al matrimonio o la paternidad, había fuertes repercusiones sociales como el estigma público, la pérdida de las relaciones básicas de familiares y amigos, y la pérdida de apoyo económico debido a la incapacidad de mantener sus empleos o por ser despedidos de ellos.

En India un evento fue la excusa para empezar a hablar sobre sexualidad, en 1999 se estrenó el filme “Fire”, una grabación que hablaba sobre una relación lésbica la cual generó gran polémica en el país. “Fire” significó el primer pánico moral significativo de las fuerzas políticas conservadoras pero también marcó un momento decisivo para el surgimiento de las lesbianas como grupo político. Las activistas lesbianas formaron una coalición integrada por 31 organizaciones de la sociedad civil, este grupo empezó a emitir fuertes críticas en torno al derecho a la libertad de expresión artística, al debate público, la sexualidad de las mujeres y el silencio respecto a las relaciones emocionales y sexuales alternativas.⁴¹

El debate que provocó el film permitió confrontar las diferentes construcciones de la ciudadanía sexual y que los grupos lésbicos se unieran con otros grupos de sexualidades alternativas para trabajar de manera conjunta en contra de la Sección 377 del Código Penal, la cual castigaba la sodomía y las “actividades antinaturales”.⁴²

La organización Naz Foundation International, que trabajaba temas como el VIH-Sida y la salud sexual, realizó una petición para derogar la Sección 377; en 2003 el gobierno rechazó su petición pues argumentaban que la Sección 377 propiciaba un

⁴⁰Cfr. PICHLER Susanne trad. Susana Petit y Judith Cohen, *Griswold contra Connecticut: El impacto de la legalización de anticonceptivos y los desafíos que se deben enfrentar*, Estados Unidos, ed. Planned Parenthood, 2012 p. 1

⁴¹Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 122

⁴²*ibidem* p. 123

medio ambiente sano para la sociedad al castigar las actividades sexuales antinaturales pues la misma sociedad desaprobaba la homosexualidad.⁴³ Sin embargo, la sociedad civil se levantó y en una reunión nacional decidieron presentar la revisión de la petición de Naz; organizaciones que trabajaban sexualidades alternativas, usuarios de drogas intravenosas, trabajadores del sexo y defensores de los derechos de la infancia formaron la coalición Voces contra la 377.

Se llevaron a cabo campañas de información y concientización sobre la Sección 377, con el objetivo de obtener apoyo de la sociedad y firmaran la petición para derogarla.

En 2005 la Coalición de Voces intensificó sus esfuerzos para recolectar firmas y mantener viva la oposición a la Sección 377 pero la postura del gobierno seguía sin cambiar.⁴⁴

Debido a la propagación de la epidemia de VIH-Sida y gracias a las elecciones de 2004 y al cambio de gobierno, a finales de 2005 se designó a un grupo de trabajo para que re-examinara las leyes que penalizaban la sexualidad y el trabajo sexual. Y en el día Mundial del sida (1 de diciembre), el Primer Ministro hizo un llamado al país para abrir el debate sobre temas relativos a la sexualidad, con la finalidad de proteger a las personas afectadas por la epidemia; este llamado fue de gran importancia en temas de sexualidad ya que significó la declaración pública más liberal realizada por un primer ministro indio.⁴⁵

En 2009 el Tribunal Superior de Delhi se pronunció en contra de la sección 377 argumentando la violación a derechos humanos, sin embargo en 2013 se restauró.

Fue hasta 2018 que el tribunal constitucional de la Corte Suprema revocó su veredicto de 2013 tachando la sección 377 como inconstitucional y señaló que los actos sexuales consentidos entre adultos no constituyen un delito.⁴⁶

En este país, la lucha por despenalizar las relaciones entre homosexuales fue larga, fue una historia llena de altas y bajas, con victorias y derrotas para las organizaciones civiles, sin embargo, se logró el objetivo de derogar un mandato legal contrario a los derechos humanos y contrario a la libertad sexual.

BRASIL

Se podría identificar a Brasil como un país lleno de símbolos de libertad sexual al pensar en el carnaval y las manifestaciones culturales implícitas en él (música, bailes, vestuarios). Pero en realidad, la sociedad brasileña está marcada por el sexismo, la homofobia y el racismo, los cuales han creado una realidad de desigualdades masivas.⁴⁷

El desarrollo de los derechos sexuales en Brasil ha sido ambiguo, por un lado, a través de tratados internacionales, se ha comprometido a producir e implementar los

⁴³Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 127

⁴⁴*ibidem* p. 130

⁴⁵*ibidem* pp. 130 y 131

⁴⁶Cfr. SURI Manveena, *India despenaliza el sexo entre parejas homosexuales en un fallo histórico*, CNN, 6 de septiembre de 2018 disponible en <https://cnnespanol.cnn.com/2018/09/06/india-despenaliza-el-sexo-entre-parejas-homosexuales-en-un-fallo-historico/> última revisión el 28 de mayo de 2022

⁴⁷Cfr. PARKER Richard, op. cit. p.27

derechos sexuales en el país, pero por otro lado, este compromiso no se ha cumplido debido a las profundas desigualdades sociales, raciales, étnicas y de género que existen en la sociedad brasileña. Además, los grupos conservadores de presión política han buscado frenar el avance de los derechos relacionados con la sexualidad, la diversidad sexual o la libertad reproductiva.⁴⁸

Un hecho que considero importante resaltar es que Brasil en 1992 estableció un departamento dentro del Programa Nacional de ETS-Sida con el objetivo de interactuar con las organizaciones de la sociedad civil y se convirtió en el canal decisivo para transferir los recursos del gobierno a organizaciones civiles para patrocinar y apoyar proyectos de prevención y asistencia.⁴⁹

Otro de los acontecimientos importantes respecto al VIH-Sida fue que en 1996 se volvió una obligación para el Estado poner a disposición de los pacientes con VIH-Sida el abastecimiento gratuito de todas las medicinas necesarias. Más tarde en 1998, el VIH-Sida fue incluido en la lista de enfermedades de cobertura obligatoria en los planes de salud de las compañías aseguradoras.⁵⁰

Otro ejemplo importante sobre el trabajo que ha hecho Brasil con la sociedad civil es que en 2005 por primera vez se conformó una comisión tripartita para examinar y revisar la legislación sobre el aborto, esta comisión estaba integrada por representantes del poder ejecutivo y legislativo así como representantes de la sociedad civil. Elaboraron el Plan Nacional de Políticas para las Mujeres basado en los convenios de las conferencias de El Cairo y Beijing.⁵¹

En este sentido, en opinión de Adriana R. B. Vianna y Sergio Carrara el mayor avance en la lucha por los derechos sexuales en Brasil lo constituye la reconfiguración de alianzas entre diferentes grupos de activistas.⁵²

EGIPTO

La situación de los derechos sexuales y reproductivos en Egipto es complicada debido a la gran influencia de la religión en sus valores culturales y su identidad como sociedad.

A pesar de que El Cairo fue anfitrión de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994, Al-Azhar (máxima autoridad islámica) y las fuerzas religiosas comenzaron a desafiar y socavar la lucha por los derechos sexuales y reproductivos sobre todo de las mujeres.⁵³

El monopolio que tiene la religión en países como Egipto afecta gravemente a los jóvenes sobre todo en temas relacionados con la sexualidad, en palabras de Hossam

⁴⁸Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 30

⁴⁹*ibidem* p. 39

⁵⁰*ibidem* p. 38

⁵¹*ibidem* p. 35

⁵²*ibidem* p. 55

⁵³*ibidem*. p. 64

Bahgat y Wesal Afifi se les mantiene ignorantes de los cambios biológicos durante la pubertad y por lo tanto, es mucho más probable que no tengan conciencia de las implicaciones sexuales y reproductivas de sus acciones; es probable que experimenten confusión y culpa acerca de los sentimientos sexuales y probablemente sufran un mayor remordimiento por transgredir intencionalmente las costumbres sociales; y carecen de las herramientas necesarias para enfrentarse emocionalmente con una relación sexual.⁵⁴

Gracias a la globalización el acceso a la información a través de internet, los jóvenes egipcios se han empezado a enfrentar y desafiar los valores religiosos que les han inculcado, muestra de ello es la tendencia de llevar a cabo los llamados “matrimonios urfi”, los cuales son matrimonios clandestinos que no se registran con las autoridades oficiales y en los que las partes pueden redactar su propio contrato matrimonial.⁵⁵

PERÚ

En los años setenta el movimiento feminista fue determinante para que aparecieran en la agenda pública las libertades sexuales y reproductivas de las mujeres; demandaron justicia social respecto al derecho a la autodeterminación, a la sexualidad y a la reproducción y participaron activamente en el debate público acerca de políticas que afectaban sus cuerpos y sus vidas.⁵⁶

En 1990 las representantes de organizaciones feministas evidenciaron el incumplimiento del principio constitucional que separa la Iglesia del Estado y exigieron que las políticas públicas respondieran a las necesidades de la población y no a creencias religiosas.⁵⁷

En 1995 Fujimori fue electo como presidente de Perú, él había formado una coalición con grupos conservadores para obtener el control del Congreso y sus acuerdos incluían temas sobre salud reproductiva. En su discurso inaugural anunció la anticoncepción quirúrgica y el acceso de las mujeres a la anticoncepción, sin embargo, Fujimori utilizó el discurso global feminista para enmascarar sus políticas coercitivas sobre control de la población.⁵⁸ El discurso fue uno, pero en la práctica los anticonceptivos se negaban a propósito con el objetivo de promover la esterilización permanente, también se obtenían consentimientos a base de engaños, amenazas o con incentivos de comida o ropa a las mujeres pobres.⁵⁹

Se calcula que en el régimen de Fujimori se esterilizaron aproximadamente 200,000 mujeres.⁶⁰ Ante esta situación las organizaciones feministas se dedicaron a

⁵⁴Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 93

⁵⁵*ibidem* p. 57

⁵⁶*ibidem* p. 147

⁵⁷*ibidem* p. 150

⁵⁸*ibidem* p. 153

⁵⁹*ibidem* p. 154

⁶⁰*idem*

investigar y recopilar pruebas para denunciar las violaciones a derechos humanos que realizaba el gobierno.⁶¹

Por su parte el Ombudsman de los Derechos de las Mujeres comenzó su propia investigación y en 1997 se publicó en los medios la denuncia sobre la esterilización forzada, patrocinada por el gobierno en las zonas rurales. Lamentablemente, los líderes católicos aprovecharon el escándalo para favorecer su propia agenda, exigiendo que se detuvieran todos los servicios de planificación familiar.⁶²

El Ministerio de Salud enfrentó presiones nacionales e internacionales, negó la evidente existencia de una política de cuotas de esterilización, pero aceptó que tenía problemas y culpó de los abusos a ciertos médicos locales y directores regionales. En 1998 se comprometió a reformar sus servicios y a mejorar el programa de planificación familiar.

En 2001 hubo un cambio de gobierno pero no fue en beneficio de los derechos sexuales y reproductivos, Alejandro Toledo tenía compromisos políticos con los grupos que lo apoyaron en su candidatura, así que cedió el control del Ministerio de Salud a grupos católicos autoritarios conservadores de extrema derecha.⁶³ Estos censuraron de todos los documentos oficiales del ministerio, conceptos como “género”, “derechos sexuales y reproductivos” y “orientación sexual”; promovieron la abstinencia y los medios naturales de planificación familiar como los únicos métodos seguros, y reforzaron la idea de que el rol de las mujeres en la familia era la maternidad, la obediencia a sus esposos y la devoción por sus hijos.⁶⁴

Ante esta situación, las organizaciones civiles comenzaron a exigir el respeto a los derechos humanos, el Grupo de Monitoreo sobre Derechos Sexuales y Reproductivos realizó una intensa campaña que informó sobre los resultados e impactos negativos de las políticas de los ministros de Salud Luis Solari (julio 2001-enero 2002) e Ignacio Carbone (enero 2002-junio 2003), ambos ministros renunciaron ante la presión de la campaña. Este mismo grupo estaba vinculado con la Red Foro Salud el cual apoyó a que Pilar Mazzeti fuera nombrada ministra de Salud en 2004.⁶⁵

Lo anterior es muestra de lo que puede lograr la sociedad civil organizada ante gobernantes y políticas públicas que violan derechos humanos.

Por otro lado, considero importante resaltar las políticas sobre VIH-Sida en este país, a través del PECOS (Programa Especial de Control del Sida) las políticas en este tema no se limitaban a la difusión de información, sino que intentaban controlar los posibles agentes de la enfermedad.⁶⁶

En la Sesión Especial sobre Sida de la Asamblea General de la ONU en 2001, se promovió un clima político que permitió el financiamiento en apoyo a este tema, se creó

⁶¹*ibidem* p. 157

⁶²Cfr. PARKER Richard, op. cit. 157

⁶³*ibidem* p. 159

⁶⁴*ibidem* pp. 160 y 161

⁶⁵*ibidem* p. 162

⁶⁶*ibidem* p. 166

el Fondo Global para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, sin embargo, en sus inicios no tuvo mucho éxito por lo que se constituyó un mecanismo de coordinación nacional que en Perú se llamó CONAMUSA, este mecanismo fue más representativo ya que incluía a representantes de la sociedad civil y ha tenido un gran impacto en las interacciones entre los tomadores de decisiones sobre políticas de VIH-Sida pues ha trabajado y reforzado la comunicación entre los participantes, presionando al sector público a escuchar a los otros sectores.

En palabras de Carlos Cáceres, Marcos Cueto y Nancy Palomino, los movimientos sociales en Perú deberán desarrollar nuevas formas de avanzar, dentro del espacio público, en la discusión de los derechos sexuales y reproductivos, ya que las barreras para el progreso siguen estando, en su mayoría, relacionadas con la incapacidad de hablar acerca de la elección, la diversidad y el placer con la misma legitimidad de las discusiones acerca de la familia, los niños no nacidos y la fidelidad.⁶⁷

TURQUÍA

Los movimientos de mujeres como los existentes en países de occidente aparecieron en Turquía hasta finales de los ochenta. Estos movimientos se enfrentaron a la creciente derecha religiosa islámica y al aumento del militarismo y el nacionalismo a comienzos de 1984.⁶⁸

En 2001 se formó una coalición representativa de 120 ONGs de mujeres para debatir acerca de la igualdad de género en el Código Civil, fue la alianza de agrupaciones de mujeres más grande desde que surgió el movimiento feminista en el país y logró que se reformara el Código estableciendo la igualdad legal entre hombres y mujeres dentro de la familia, por lo que se eliminó la supremacía de los hombres en el matrimonio.⁶⁹

Por otro lado, el Código Penal de 1926 interpretaba la sexualidad, sobre todo de las mujeres, como una amenaza al orden y a la moralidad, razón por la que debía ser regulada. Los crímenes sexuales formaban parte de la sección de “Crímenes contra la Sociedad” subsección “Crímenes contra las Tradiciones de la Moralidad y el Orden Familiar”; la violación, el secuestro y el abuso sexual contra las mujeres estaban contemplados como delitos contra la sociedad y no contra los individuos, esto evidenciaba el pensamiento plasmado en el Código Penal, en donde el cuerpo y la sexualidad de las mujeres eran propiedad de los hombres, de las familias o de la sociedad en general.⁷⁰

En el momento en que Turquía estaba por formar parte de la Unión Europea, se inició la Campaña para la Reforma del Código Penal Turco desde una Perspectiva de Género, la cual tenía el propósito reconstruir los planteamientos sobre género y sexualidad que contenía este ordenamiento, en contra de la postura un gobierno

⁶⁷Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 183

⁶⁸*ibidem* p. 282

⁶⁹*ibidem* p. 283

⁷⁰*ibidem* p. 281

conservador religioso que intentaba introducir el concepto de “moralidad pública”, arraigado en la tradición musulmana.⁷¹

Para que Turquía fuera aceptada en la Unión Europea, la Comisión Europea planteaba cambios en la legislación del país en temas como la abolición de la pena de muerte, las disposiciones para la detención antes del juicio, y la ampliación de la libertad de expresión, sin embargo, la igualdad de género o la sexualidad no formaban parte de la agenda. A pesar de ello, la organización WWHR-New Ways ideó la estrategia para promover las reformas sobre igualdad de género y los derechos sexuales dentro de las reformas que se planeaban en el Código Penal.⁷²

A inicios de 2002 se creó el Grupo de Trabajo de Mujeres sobre el Código Penal Turco, compuesto por 15 representantes de organizaciones civiles y asociaciones de abogados, y por académicos de diferentes regiones de Turquía. Su objetivo era reformar el Código Penal bajo una perspectiva de igualdad de género y que incluyera principios relacionados con los derechos sexuales y la integridad del cuerpo.⁷³

El Grupo solicitó reunirse con el gobierno en repetidas ocasiones pero este al ser de derecha se negó; los conservadores percibían las luchas encaminadas a la igualdad de género como acciones influenciadas por el pensamiento occidental y que ponían en riesgo su identidad cultural.⁷⁴ A pesar de la negativa, el Grupo organizó una conferencia de prensa el 23 de mayo de 2003 en donde se anunció el lanzamiento de una campaña pública masiva, la cual duró 18 meses hasta que en septiembre de 2004 se reformó el Código Penal con más de 35 enmiendas relacionadas con la sexualidad y los crímenes sexuales, aunque no todas las propuestas fueron aceptadas, la campaña significó un gran logro a favor de los derechos sexuales.

El debate sobre los temas relacionados con la sexualidad en el Código Penal se realizó a nivel nacional, sin embargo, en ese mismo año, se originó un debate a nivel internacional: el gobierno de AKP propuso penalizar el adulterio.⁷⁵

Debido a que el debate escaló a nivel internacional, la Unión Europea realizó una fuerte crítica y solicitaron que Turquía emitiera una evaluación del progreso del país hacia los estándares de la Unión Europea,⁷⁶ el gobierno de AKP tuvo que retirar su propuesta debido a estas presiones.

Las modificaciones al Código Penal fue el primer ejemplo de una reforma integral de los derechos sexuales en las sociedades musulmanas y en palabras de Pinar Ilkcaracan el éxito de la campaña, a pesar de un partido islamista gobernante, puede ser una inspiración para otros activistas que trabajan en los derechos sexuales y del cuerpo,

⁷¹Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 277

⁷²*ibidem* p. 284

⁷³*ibidem* p. 284

⁷⁴*ibidem* p. 278

⁷⁵*ibidem* p. 304

⁷⁶*ibidem* p. 305

bajo gobiernos conservadores, especialmente aquéllos en un estado de transición sociopolítica como Turquía.⁷⁷

VIETNAM

Las primeras políticas sobre VIH-Sida en Vietnam resaltaban la protección de “la población en general” y como consecuencia se trataba de alejar a las personas VIH positivas. Ante esta segregación, organizaciones civiles locales empezaron a desafiar las creencias y presunciones que alentaban la política de separación, a través de actividades como la publicación de estudios sobre estigma y discriminación, concursos literarios sobre VIH-Sida, exposiciones pictóricas y fotográficas enfocadas a la discriminación que sufren las personas infectadas a pesar de vivir sus vidas de forma responsable.

Empezaron a surgir muchas organizaciones sociales debido a la creciente ayuda para el desarrollo y la falta de capacidad del gobierno para absorber esta ayuda de manera efectiva. Estas organizaciones no gubernamentales trabajan en una “sociedad civil dirigida por el Estado”, a diferencia de la actuación de las ONGs en países occidentales, esa forma de trabajo se adecua al contexto en Vietnam debido a que estas organizaciones se dedican a mediar entre el gobierno y la ciudadanía, pero no son totalmente independientes del Estado.⁷⁸

Estos grupos se conforman principalmente por profesionales con nivel universitario, quienes se identifican como académicos, profesores, investigadores y trabajadores sociales; además muchos de los fundadores trabajaron en algún momento para el gobierno. La mayoría de las organizaciones recibe financiamientos de donantes internacionales y de agencias del gobierno.

Gracias al trabajo conjunto de las ONGs y del gobierno, se han mejorado las políticas públicas en Vietnam.

En 1999 el Comité Nacional de Población y Nacimientos Planificados recibió el Premio de Población de las Naciones Unidas, debido al éxito obtenido en el control poblacional del país. Este premio marcó el momento en el que las políticas poblacionales de Vietnam evolucionaron y dejaron de hacer énfasis en la demografía y la planificación familiar, para elaborar una agenda más completa e integral que incluyera temas sobre salud reproductiva, de acuerdo con el Programa de Acción de la Conferencia internacional sobre la Población y el Desarrollo.⁷⁹

Un año después, el gobierno reconoció de forma explícita la necesidad de no limitarse en el control de la fertilidad, y que debían tomar en cuenta la estructura, calidad y distribución de la población, en favor de la integración de la población, la salud

⁷⁷Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 308

⁷⁸*ibidem* p. 329

⁷⁹ *ibidem* p. 321

reproductiva y el desarrollo; esto se plasmó en la segunda estrategia nacional de población para el periodo 2001-2010.⁸⁰

A pesar de los avances alcanzados en Vietnam, aún quedan temas por reconstruir, por ejemplo, en su cultura la reproducción sigue estrechamente ligada a las mujeres, es vista como “cong viec cua phu nu” (asunto de mujeres), esto invisibiliza el papel de los hombres y la responsabilidad que tienen en la concepción.⁸¹

POLONIA

Para entrar en contexto, la sociedad polaca está vinculada a tradiciones culturales muy fuertes que privilegian a la familia, la comunidad y a la sociedad por encima de los individuos, en esta sociedad las mujeres son vistas como “madres de la nación”, cuya función principal es la reproducción y servir a los demás.⁸²

En este apartado abordaré la historia de la lucha por el derecho al aborto en Polonia, basándome en el estudio de Wanda Nowicka.

En la década de los cincuenta, el aborto fue legalizado en Polonia pero no como resultado de una lucha social sino como una estrategia de salud basada en las necesidades de esa época que tenía como objetivo disminuir las muertes por abortos inseguros, sin contemplar un enfoque de derechos de las mujeres, la autonomía o la autodeterminación no fueron parte de sus propósitos.⁸³

En los setenta, la época comunista, en una sociedad mayormente católica las parroquias tuvieron un importante papel respecto a la sexualidad y la reproducción, todas las parroquias impartían cursos prematrimoniales obligatorios para todas las parejas que deseaban casarse, estos cursos incluían clases sobre planificación familiar y con el tiempo se volvieron cada vez más estrictos.⁸⁴

Debido a que el derecho al aborto no fue un derecho por el que se peleó, el Gobierno tuvo la posibilidad de cambiar de estrategia sanitaria y con ello eliminar el derecho al aborto sin mayor problema. En 1993 se promulgó la Ley sobre Planificación Familiar, Protección al Embrión Humano y Condiciones para la Permisibilidad del Aborto; esta ley impedía el aborto por razones sociales o económicas, las mujeres con este tipo de problemas ya no podían recurrir al aborto de forma legal y a pesar de que el aborto terapéutico y el aborto por causas criminales estaba permitido, la ley los volvió prácticamente inaccesibles. Esta ley es y ha sido de las más restrictivas de Europa, a excepción de Malta, San Marino y Andorra que no permiten el aborto en ningún supuesto.⁸⁵

⁸⁰Cfr. PARKER Richard, op. cit. pp. 322 a 323

⁸¹*ibidem* p. 334

⁸²*ibidem* p. 186

⁸³*ibidem* p. 193

⁸⁴*ibidem* p. 205

⁸⁵Cfr. CHOUZA Paula, *Polonia declara inconstitucional el aborto por malformación fetal*, Madrid, El País, 22 de octubre de 2020

En oposición a la ley surgió el primer movimiento de mujeres del país, pero era bastante débil y carecía de experiencia, recursos humanos y financieros y de un liderazgo fuerte, el movimiento se enfrentaba a uno de los temas más difíciles sobre derechos de las mujeres y al mismo tiempo luchaba por sobrevivir, finalmente el grupo desapareció debido al agotamiento.⁸⁶

Un nuevo grupo de mujeres, la Federación de Mujeres y Planificación Familiar, trabajó por los derechos reproductivos en 1996 y en 2004, intentaron liberalizar la ley anti-aborto y emitieron dos informes sobre los efectos de esta ley, los cuales fueron ampliamente publicados en la prensa; también participaron en la Comisión Parlamentaria y formularon un proyecto de ley sobre paternidad responsable. Pero su trabajo no tuvo mucho eco en las mujeres polacas, las activistas no encontraban la manera de convencer a las mujeres de que el aborto era una experiencia común y legítima, que el derecho a decidir era un derecho fundamental por el que se debía pelear.⁸⁷

En Polonia la sociedad es altamente católica y a las mujeres se les ha inculcado fuertemente que su papel es principalmente reproductivo, que el aborto está en contra de su propia naturaleza como mujeres, como madres de la nación polaca.

En octubre de 2020 el Tribunal Constitucional emitió un fallo que agravó la situación de las mujeres en Polonia, declarando inconstitucional la interrupción del embarazo por malformaciones, la principal causa de los abortos legales practicados en 2019.⁸⁸

Hasta el día de hoy sigue vigente una de las leyes más restrictivas de Europa sobre el acceso al aborto, la situación de las mujeres se vuelve cada vez más complicada, en pleno 2021 las mujeres polacas deben salir de su país para acceder a un derecho reconocido en muchos países del mundo.

1.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO

Antes de la llegada de los españoles, las culturas que existían en el territorio mexicano compartían ciertas características en temas relacionados con la sexualidad: la familia era un pilar importante en la sociedad y tenían posturas definidas sobre el adulterio, las relaciones prematrimoniales, el aborto y la homosexualidad.

En la cultura Náhuatl la base de su organización era la familia patriarcal; la poligamia sólo se permitía a los hombres; la abstinencia sexual de la mujer antes de casarse era muy apreciada; el destino de las mujeres se limitaba a la procreación y a la atención de labores domésticas.⁸⁹

⁸⁶Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 208

⁸⁷ *ibidem* p. 217

⁸⁸Cfr. OLESIUŁ Jakub y Hervás María, *La misión (casi imposible) de abortar en Polonia*, Madrid, El País, 28 de noviembre de 2020

⁸⁹ Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, *Derechos y Delitos Sexuales y Reproductivos*, segunda edición, México, Porrúa, 2007 p. 113

Para los mayas el matrimonio era la base de la familia; entre el pueblo estaba establecida la monogamia, pero en la clase guerrera se permitía la bigamia; y el divorcio era aceptado las veces que se quisiera.⁹⁰

En la cultura azteca o mexicana, en el Calmécac hombres y mujeres vivían en estricta abstinencia erótica; a las mujeres las educaban en la abnegación y el sacrificio, eran formadas en el prudente ejercicio de su sexualidad, en la fidelidad y la preservación de la virginidad; por su parte los hombres también recibían instrucción respecto a la sexualidad, se les recomendaba castidad y fidelidad, pero por otras razones, se le decía que la cópula requería de toda su energía, que ésta y el semen se iban agotando con cada coito, por lo que los excesos agotarían su cuerpo y su mente.⁹¹

Los mexicas eran un pueblo guerrero y constantemente perdía población masculina, además era común que las mujeres murieran durante el parto, ante esta problemática poblacional tuvieron que encontrar mecanismos para cuidar su densidad demográfica, por ejemplo, se exaltaba el valor de la procreación, se repudiaba a los célibes, a los estériles y a los homosexuales, y el aborto era sancionado con la muerte de la mujer y de quien la ayudara.

Después de la conquista española, cambiaron los usos y costumbres de la población en la Nueva España, incluidos temas sobre sexualidad, la imposición de la ideología de la Iglesia Católica seguía dándole importancia a la familia, pero a través del matrimonio católico, y las relaciones sexuales sólo eran aceptadas dentro del matrimonio con fines de procreación.

Conforme a las leyes de la iglesia católica, aunque la relación sexual era aceptada por ser la única forma de procrear, se consideraba que el estado perfecto de todo ser humano era la virginidad, y a través de la maternidad las mujeres se purificaban de la cópula y le daban valor y sentido a su vida.

Prácticas como la masturbación, el adulterio, la homosexualidad, el incesto, la violación, la prostitución y hasta posiciones coitales diferentes a la tradicional aún dentro del matrimonio y en general el placer por el placer eran considerados “actos de lujuria o torpeza, pecado carnal, señalado, rechazado, estigmatizado y/o sancionado; propio de seres malos, perversos y cuyo destino sólo podían ser las eternas llamas del infierno”.⁹²

Por más de tres siglos se promovió la ideología católica y se aceptaron como valores únicos y universales: la familia y matrimonio católicos con el fin de la procreación, la negación del placer por el placer, la exaltación de la virginidad y la maternidad. Fue hasta 1873 que con las Leyes de Reforma se redujo la influencia de la iglesia católica, se le excluyó de la vida jurídica y política del país, pero no perdió presencia ni poder en la sociedad.

Durante los siguientes años no cambiaron de manera significativa las prácticas respecto a la sexualidad de las personas.

⁹⁰Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. p. 114

⁹¹ *ibidem* pp. 118 a 121

⁹² *ibidem* p. 149

A inicios del nuevo siglo, se llevó a cabo un evento significativo sobre la sexualidad de las mujeres, en enero de 1916 se desarrolló el Primer Congreso Feminista en México en donde se resaltó la preocupación de la mujer por el conocimiento de su sexualidad y se propuso proporcionar a las mujeres conocimientos de “su naturaleza” y de los fenómenos que en ella tienen lugar.⁹³

Más adelante, en 1922, con el apoyo del gobernador de Yucatán, la doctora americana Margaret Sanger publicó en el Estado un folleto sobre la regulación de la concepción llamado “La Brújula del Hogar”; y se crearon clínicas pequeñas en todo el Estado dependientes de una clínica central en Mérida para dar servicios generales y de planificación familiar. Un año después, en la Ciudad de México, se llevó a cabo el Congreso Panamericano de Mujeres, donde los temas principales fueron el control de la natalidad, el niño, el amor libre y los derechos políticos y sociales de la mujer.⁹⁴

En 1934 se pretendió dar un paso importante sobre la sexualidad, Narciso Bassols, secretario de Educación Pública, dio a conocer el primer proyecto de educación sexual formal a nivel nacional, sin embargo, lamentablemente el proyecto nunca se llevó a cabo.⁹⁵

Por otro lado, en el ámbito de la salud, el actual sistema de salud mexicano tuvo sus inicios en 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la fundación del Hospital Infantil, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud. Más tarde, en 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.⁹⁶ Dentro del sistema nacional de salud, se han implementado herramientas que ayudan a mejorar la prestación de los servicios, entre estas herramientas destaca la cartilla de salud, diseñada para facilitar la prevención y la detección temprana de enfermedades en grupos específicos de edad y sexo; una estrategia importante para la organización y manejo de los datos de los beneficiarios de los servicios de salud.

Respecto a temas reproductivos, el sistema de salud en la primera mitad del siglo XX apoyó una política pro natalista, pero a partir de la década de los setenta, la política cambió gradualmente a una postura de regulación de la fecundidad y fomento a la concepción controlada; se empezó a promover el derecho de cada persona a decir sobre el número de hijos que quería tener y cuándo tenerlos.⁹⁷

En 1974 la Secretaría de Educación Pública incluyó en el texto gratuito de primaria correspondiente a las ciencias naturales, aspectos biológicos de la reproducción.

En 1983 se realizaron cambios importantes en el sector salud, se reconoció a nivel constitucional el derecho a la protección de la salud y se promulgó la Ley General de

⁹³ Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. pp. 169 y 170

⁹⁴ *ibidem* pp. 174 y 175

⁹⁵ *ibidem* p. 178

⁹⁶ Cfr. FRENK Julio, et. al., *Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*, México, ed. Salud Pública de México, 2007, Vol. 47 p. 2

⁹⁷ Cfr. ORTIZ-ORTEGA Adriana (comp.), *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social*, México, ed. EDAMEX, 1999 p. 152

Salud, el concepto de “protección a la salud” debía entenderse como la obligación del Estado de llevar a cabo acciones con el objetivo de proteger o en su caso restablecer la salud de los gobernados.⁹⁸

Se considera que la reforma al artículo cuarto constituye el reconocimiento de los derechos reproductivos a nivel constitucional debido a que asegura el ejercicio de estos derechos al fomentar los medios para decidir cómo y cuántos hijos tener.

En 1993 la Secretaría de Salud convocó una reunión para analizar la situación de los adolescentes en México, organismos públicos y privados, nacionales e internacionales aportaron sus experiencias, de este trabajo surgió la Declaración de Monterrey, la cual propuso las bases para realizar un programa de atención a la salud integral de los adolescentes haciendo énfasis en temas sobre salud reproductiva. Un año después las unidades de la Secretaría de Salud comenzaron a difundir el eslogan “en buen plan... planifiquen”, la estrategia tenía como objetivo brindar a los adolescentes consejería y orientación sobre planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados, también proporcionaban atención perinatal a adolescentes embarazadas.⁹⁹

El trabajo y la preocupación por la salud reproductiva de los adolescentes continuó y en 1995 se terminó de capacitar a personal especializado para realizar actividades de prevención y atención de la salud sexual y reproductiva para esta población. Como parte de las estrategias de trabajo se iniciaron talleres de capacitación y sensibilización en temas de salud sexual y reproductiva para el personal de salud y se estableció el concepto de Servicio Especializado de Salud Sexual y Reproductiva para Población Adolescente.¹⁰⁰

A pesar del avance en la atención de la salud sexual y reproductivos de los adolescentes, existían otros sectores menos favorecidos respecto a estos temas, como es el caso de las poblaciones rurales y de escasos recursos, en 1995 se realizó la Encuesta Nacional sobre Planificación Familiar la cual reveló que las mujeres que vivían por debajo de la línea de pobreza se encontraban privadas del acceso a la educación, por lo que no podían informarse sobre los métodos anticonceptivos existentes.¹⁰¹

Con el objetivo de informar y ofrecer servicios educativos y de salud a adolescentes rurales e indígenas y gracias al Programa Oportunidades del IMSS, se abrieron las Unidades Médicas Rurales y los Hospitales Rurales en 1997. En 1998 se implementó el Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural, el cual promueve el desarrollo integral de los adolescentes en las comunidades rurales e indígenas a través de la educación en salud sexual y reproductiva, desarrollo humano y

⁹⁸Cfr. SILVA García Fernando (coord.) op. cit. p. 689

⁹⁹Cfr. SECRETARÍA de Salud, *Modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes 2016*, primera edición, México, 2015 p. 19

¹⁰⁰*idem*

¹⁰¹Cfr. ORTIZ-ORTEGA et. al., *Sexualidad, salud y reproducción. Una apreciación relacional de género al campo de la sexualidad y reproducción*, México, ed. El Colegio de México, 2004, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Documentos de Trabajo No. 14 p. 32

habilidades para la vida.¹⁰² Gracias al Modelo se han establecido Centros de Atención Rural al Adolescente, los cuales realizan sus actividades dentro de las Unidades Médicas Rurales y de los Hospitales Rurales, estos centros han logrado que los adolescentes se acerquen a los servicios de salud y obtengan la atención que necesitan con relación a su salud sexual y reproductiva, ya sea atención médica, educación, información o consejería.¹⁰³

En los noventa, con el cambio de gobierno del PRI al PAN, se realizaron diversas modificaciones legislativas en las áreas financieras, comercial, agrícola y de derechos humanos, se considera una de las décadas del siglo XX más activas respecto al trabajo legislativo.¹⁰⁴

Durante el gobierno de Vicente Fox el género tuvo un papel importante dentro de su agenda conservadora, el presidente y su esposa tomaron diversas posturas, por un lado, Marta Sahagún hizo declaraciones sobre la necesidad de llegar a la igualdad entre hombres y mujeres, pero en otras ocasiones apoyó la guía de padres que promovía roles tradicionales y rechazaba el uso del condón.¹⁰⁵

Durante su sexenio se creó el Programa de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006, dentro de los aspectos más relevantes se estableció la estrategia de otorgar servicios amigables a los adolescentes y en 2001 se desarrolló el Modelo de Servicios Amigables para Adolescentes.¹⁰⁶

En 2003 se creó el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, responsable de las políticas sobre programas de planificación familiar y anticoncepción, salud sexual y reproductiva, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, salud materna y perinatal, igualdad de género, y prevención y atención de la violencia familiar.

En 2004 se creó el portal www.yquesexo.com, que a la fecha ya no existe pero que en su momento tuvo el objetivo de difundir información sobre sexualidad y salud reproductiva de forma clara, directa y amigable a personas entre 10 y 19 años de edad; y en 2005 se lanzó la campaña Nacional “¿Piensas en sexo? Piensa en condón”.

En 2007, en el gobierno de Felipe Calderón, se creó el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2007-2012 cuyo objetivo era incorporar la perspectiva de género en el ámbito de la salud y mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes basando sus acciones en evidencias científicas, con valores humanitarios y compromiso social; además se elaboró el Paquete Básico de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes dentro de la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud.¹⁰⁷

¹⁰²Cfr. SECRETARÍA de Salud, Modelo... cit., pp. 159 y 160

¹⁰³*ibidem* p. 160

¹⁰⁴Cfr. CABAL Luisa, et. al., *Cuerpo y derecho, legislación y jurisprudencia en América Latina*, Colombia, Editorial Temis, 2001 p. 395

¹⁰⁵Cfr. ORTIZ-ORTEGA, et. al., op. cit. p. 11

¹⁰⁶Cfr. SECRETARÍA de Salud, Modelo... cit. p. 19

¹⁰⁷*ibidem* p. 20

En 2009 se creó el Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia integrado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida; el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; la Dirección General de Promoción de la Salud; el Secretariado Técnico Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes y la Comisión Nacional Contra las Adicciones relacionadas. Con el objetivo de unificar y fortalecer las acciones de salud dirigidas a los adolescentes, en particular en la prevención del embarazo no planificado.¹⁰⁸

En 2011 se realizó la campaña masiva “Que lo digan todos”, a través de la radio y la televisión se difundió información sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual y del embarazo no deseado. Asimismo, en 2011 la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional Autónoma de México realizaron una alianza y establecieron una exposición permanente en el Museo de Ciencias “Universum” denominada “Sexualidad: vivirla en plenitud es tu derecho.”¹⁰⁹

En diciembre de 2008 fue aprobado por decreto del Congreso de la Unión la conmemoración del 26 de septiembre como Día Nacional para la Prevención del Embarazo no planeado en Adolescentes, gracias al trabajo colaborativo entre el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva.¹¹⁰

En 2012 se desarrolló el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, en colaboración con el Fondo de Población de Naciones Unidas; para 2013 se empezó a institucionalizar en las entidades federativas donde operaban los servicios amigables de la Secretaría de Salud.¹¹¹

En el gobierno de Enrique Peña Nieto el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018 y la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes se coordinaron y sumaron esfuerzos compartiendo objetivos, metas, estrategias y líneas de acción con el fin de prevenir el embarazo no planificado en adolescentes.¹¹²

Cabe mencionar que el análisis de la política del gobierno actual 2018-2024, lo realizaré en el capítulo dedicado al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la actualidad, ya que este apartado está dedicado a la descripción de los acontecimientos que considero relevantes en la historia de los derechos sexuales y reproductivos en México. Sin embargo, es importante mencionar que en 2021 ocurrió un suceso fundamental en la historia de los derechos sexuales y reproductivos en el país.

El 7 de septiembre de 2021, el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación declaró inconstitucional la penalización del aborto, votando a favor del proyecto del

¹⁰⁸Cfr. SECRETARÍA de Salud, Modelo... cit. p. 20

¹⁰⁹*ibidem* pp. 20 y 21

¹¹⁰*ibidem* p. 21

¹¹¹*idem*

¹¹²*idem*

ministro Luis María Aguilar Morales el cual establece un criterio obligatorio para todos los jueces en el país que protege el derecho de la mujer a decidir sobre su vida.

Para terminar esta sección, además de los acontecimientos mencionados, a través de los años el gobierno mexicano ha firmado diversos documentos internacionales que respaldan y favorecen la protección de los derechos sexuales y reproductivos: la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948; la Convención Americana sobre Derechos Humanos/ Pacto de San José de Costa Rica en 1969; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en 1979; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en 1981; el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en 1981; el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales/ Protocolo de San Salvador en 1988; la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) en 1990; la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994, su correspondiente Programa de acción y sus procesos de revisión; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer/ Convención de Belem Do Pará en 1994; la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (CMM) en 1995 y sus procesos de revisión; la Declaración del Milenio, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2000; la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe en 2007 y; el Consenso de Quito/ Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes (CIDJ) en 2005.

1.3 CONCEPTOS

A. SEXUALIDAD

Mucho se ha hablado sobre sexualidad, por lo que resulta importante estudiar su significado, para la Organización Mundial de la Salud, es un aspecto presente a lo largo de la vida del ser humano y abarca temas como el sexo, identidades y roles de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. Además, está influida por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.¹¹³

En el análisis realizado por Michael Foucault se expone que la sexualidad ha tenido un papel importante en la sociedad, este autor menciona que nos encontramos en una sociedad de “sexualidad” debido a que los mecanismos de poder se han dirigido al cuerpo, a la vida, su reproducción, a lo que refuerza la especie, su capacidad de dominar o su aptitud para ser utilizada; salud, familia, raza, porvenir de la especie, vitalidad del cuerpo social, el poder hablar de la sexualidad y a la sexualidad.¹¹⁴

¹¹³ Cfr. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*, Argentina, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2018 p. 3

¹¹⁴Cfr. FOUCAULT Michel, op. cit. p. 88

En este sentido, la sexualidad puede definirse como una experiencia y práctica cultural que rebasa el ámbito privado, no debe considerarse un hecho únicamente biológico sino como el conjunto de acontecimientos históricos, sociales, culturales, políticos y económicos que regulan las prácticas de naturaleza sexual y el tipo de sujeto sexual que debe predominar.¹¹⁵

Apoyando esta perspectiva, Rosalind Petchesky afirma que la sexualidad no debe limitarse a una parte del cuerpo o a un impulso, sino que debe entenderse como parte integral de un conjunto de fuerzas sociales, económicas, culturales y relacionales, debido a que la sexualidad es construida más que concedida.¹¹⁶

Y añade que la sexualidad es un tema central en la pandemia de VIH-Sida y en otras cuestiones como los debates relacionados con la familia, el lugar de la mujer dentro de la sociedad, la autodeterminación reproductiva, los significados de la masculinidad y las expresiones y corrupciones del poder político.¹¹⁷

En suma, se debe entender que la sexualidad involucra aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos, económicos, y políticos, y por ello, temas como la salud, la familia, la reproducción y los roles de género han sido objeto de regulación por parte de los Estados.

Debido a la gran cantidad y diversidad de temas que conlleva hablar sobre sexualidad, resultó necesario aplicar a su estudio una metodología especial, desde 1983 el Dr. Eusebio Rubio, basándose en la teoría de los holones de Arthur Koestler, propuso que la sexualidad humana se estudiara a través de la integración de cuatro holones o subsistemas: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva interpersonal.¹¹⁸

El holón sobre la reproductividad humana no sólo se refiere a la capacidad biológica de reproducirnos, sino que conlleva aspectos psicológicos sociales que no se limitan a la concepción, embarazo y parto, aspectos como la maternidad y paternidad, las significaciones sociales del hecho reproductivo y la anticoncepción, la institucionalización de políticas reproductivas, etc.¹¹⁹

Por su parte, el holón sobre género involucra las construcciones mentales y sociales sobre lo masculino y femenino, y las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias.¹²⁰

Respecto al holón del erotismo se refiere a los procesos humanos sobre el apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.¹²¹

¹¹⁵Cfr. RIVERA Mendoza, Margarita, *La sexualidad y su significación en el cuerpo del adolescente*, México, ed. Miguel Ángel Porrúa, 2007 p. 17

¹¹⁶Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 13

¹¹⁷Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 14

¹¹⁸ Cfr. RUBIO Auriolés, Eusebio, *Modelo Holónico de la Sexualidad Humana*, México, Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A. C. p. 2

¹¹⁹ *ibidem* pp. 3 y 4

¹²⁰ *ibidem* p. 4

¹²¹ *ibidem* p. 5

Por último, el holón sobre vinculación afectiva interpersonal entiende por ésta a la capacidad de sentir afectos intensos por otros y las construcciones mentales en torno a los mismos, siendo el amor la forma más reconocida y tiene contenidos en los otros holones. Se refiere a temas como el amor romántico, el enamoramiento, el vínculo materno-infantil, la experiencia subjetiva del amor y los patrones de vinculación (patrones de apego), el establecimiento de la pareja humana, su formación, ciclo y disolución.¹²²

B. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Para comenzar, es necesario hacer una distinción entre la planeación familiar y planificación familiar, la planeación familiar se refiere a una política o sistema de organización de la familia que pretende que en toda unidad familiar se determinen de manera anticipada sus formas de economía, salud, educación, relaciones, alimentación, diversión, etc. Por su parte, la planificación familiar comprende la parte de la planeación que permite determinar, con la debida anticipación, el número y espaciamiento de los embarazos de manera libre, informada, consciente y responsable.¹²³

Juan Guillermo Figueroa menciona que a través de la planificación familiar se está incursionando en el campo de la reproducción del ser humano, es decir, la reproducción como un dinamismo básico de dicho ser, como la capacidad de trascendencia y como parte fundamental de la definición de la mujer en cuanto a su identidad genérica..¹²⁴ Cabe aclarar que estoy en desacuerdo con el planteamiento del Dr. Juan Guillermo respecto a que la identidad de una mujer no la define su capacidad de reproducción. Además, los beneficiarios de los servicios de planificación familiar deben ser mujeres y hombres, los hombres también pueden planificar su vida reproductiva, los hombres también tienen problemas de esterilidad; y a pesar de que las características biológicas de las mujeres pueden solicitar mayores atenciones respecto a la vida reproductiva, los servicios de planificación familiar no deben estar limitados, deben ser inclusivos.

De acuerdo con la organización mundial de la salud la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad¹²⁵. En este mismo sentido el Instituto Mexicano del Seguro Social establece que la planificación familiar es el derecho que tiene toda persona a decidir de forma libre y responsable, el número de hijos y el momento en que los tendrá, y el derecho a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios.¹²⁶

¹²²Cfr. RUBIO Aurióles Eusebio, op. cit. pp. 6 y 7

¹²³ Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. pp. 299 y 300

¹²⁴ ORTIZ-ORTEGA Adriana (comp.), op. cit. p. 169

¹²⁵ ORGANIZACIÓN Mundial de la salud, Planificación Familiar, disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> última revisión el 26 de mayo de 2022

¹²⁶Cfr. INSTITUTO Mexicano del Seguro Social, planificación familiar, disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar> última revisión el 26 de mayo de 2022

Dentro de estos dos conceptos quisiera resaltar la tendencia a enfocarse en la prestación de servicios como lo son los métodos anticonceptivos y los tratamientos de esterilidad.

Respecto a los métodos anticonceptivos, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994, se acordó que nunca debía promoverse el aborto como medio de planificación familiar y que se debía ayudar a las mujeres a evitarlo a través del acceso a los métodos adecuados.¹²⁷ El aborto no se puede considerar un método de planificación familiar porque no se puede recomendar el uso recurrente de esa práctica, se debe considerar como un suceso extraordinario al que se le debe dar atención pero no se puede promover su práctica.

El Dr. Juan Guillermo Figueroa hace una crítica al concepto de planificación familiar pues asegura que se debe superar el enfoque en el que la planificación familiar consiste en la distribución de anticonceptivos; considera que se trata de un proceso socio demográfico y cultural complejo en el que se involucran diferentes elementos de índole sociológico, antropológico, médico y psicológico.¹²⁸ También afirma que existe una falta de sistematización del conocimiento y una reflexión crítica sobre las dimensiones sociales y psicológicas de la planificación familiar.¹²⁹ Sin embargo, en mi opinión, considero que no tendría que hablarse sobre planificación familiar sin ir acompañada por la educación sexual integral, la cual debiera englobar los aspectos relacionados a la salud sexual y a los derechos sexuales y por lo tanto, a la salud reproductiva y a los derechos reproductivos.

Este concepto sobre educación sexual integral, se encuentra acorde a lo planteado por Santos Cienfuegos quien opina que no existen razones para limitar el derecho de planificar la familia y menos por motivos de sobrepoblación; imponer ideas y conductas a seguir desde una particular idea de la moral, viola la libertad personal, la intimidad y la dignidad de los individuos.¹³⁰ Por lo tanto esta educación sexual integral debe abstenerse de establecer una conducta sexual o reproductiva, por el contrario deberá brindar la información necesaria para que las personas puedan decidir de manera informada lo más apropiado de acuerdo con su propio plan de vida.

C. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

He hablado sobre la historia y desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos a nivel nacional, internacional y en algunos países del mundo, pero ¿qué son esos derechos?, en un primer momento podríamos decir que estos derechos tienen que ver con el derecho a formar una familia, a decidir si tener o no hijos, al libre desarrollo de la personalidad, tienen que ver con la salud y con el ejercicio de la sexualidad.

¹²⁷Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 26

¹²⁸Cfr. ORTIZ-ORTEGA Adriana (comp.), op. cit. p. 169

¹²⁹*ibidem* p. 171

¹³⁰Cfr. SILVA García Fernando (coord.), op. cit. p. 228

Estas ideas son correctas, pero resulta necesario aterrizar los conceptos y diferenciarlos, para empezar, los derechos sexuales son diferentes a los derechos reproductivos, a pesar de la estrecha relación que tienen entre sí.

María Silvia Villaverde menciona que la procreación es la que separa las relaciones sexuales de la reproducción y el avance tecnológico como la fertilización in vitro ha separado la reproducción de las relaciones sexuales, sin embargo, es importante contemplar que los fundamentos históricos del derecho médico se establecieron cuando las relaciones sexuales y la reproducción eran inseparables.¹³¹ Por ello consideré oportuno hablar primero sobre la evolución de los derechos sexuales y reproductivos y después definir los conceptos en el panorama actual.

Ahora bien, esta misma autora nos da una definición de derechos sexuales: aquellos derechos humanos inalienables que tienen las personas de tomar decisiones libres (sin padecer ningún tipo de coacción, discriminación ni violencia) sobre la propia sexualidad, tanto en sus aspectos corporales y relacionales, como en sus aspectos reproductivos.¹³²

Por su parte Rosalind Petchesky afirma que, bajo un enfoque de derechos humanos, los derechos sexuales están relacionados con los derechos económicos, sociales, culturales y políticos: la libertad para expresar la orientación sexual o de género o el derecho a experimentar una justicia erótica son interdependientes con otros derechos como la atención médica o como el derecho a la no violencia.¹³³

De acuerdo con la Declaración de los Derechos Sexuales realizada en el 13o Congreso Mundial de Sexología en 1997, los derechos sexuales comprenden:

1. El derecho a la privacidad sexual
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo
3. El derecho a la privacidad sexual
4. El derecho a la equidad sexual
5. El derecho al placer sexual
6. El derecho a la expresión sexual emocional
7. El derecho a la libre asociación sexual.
8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables
9. El derecho a la información basada en el conocimiento científico
10. El derecho a la educación sexual integral
11. El derecho a la atención de la salud sexual¹³⁴

De la lista anterior podemos interpretar que los derechos sexuales incluyen los derechos reproductivos con la diferencia de que los derechos reproductivos tienen que ver con la libre determinación de la propia fertilidad.

¹³¹Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 11

¹³²*ibidem* p. 9

¹³³Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 22

¹³⁴Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 25

El término “derechos reproductivos” se ha atribuido a la directora de la revista *Reproductive Health Matters*, Marge Berer, concepto relacionado con la campaña en Reino Unido realizada a finales de los setenta sobre el aborto, el derecho a la anticoncepción y en contra de la esterilización forzada.¹³⁵

En glosario especializado sobre derechos de las mujeres del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, la definición de derechos reproductivos involucra un conjunto de derechos relativos a las decisiones sobre la propia vida reproductiva de manera libre e informada y al ejercicio del control voluntario y seguro de la fertilidad, que también incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los tratados de derechos humanos.¹³⁶

De acuerdo con Maja Kirilova, los derechos reproductivos implican la libertad de decidir, cuándo y cómo tener hijos, el derecho a una atención adecuada de salud reproductiva y a obtener toda la información necesaria, el derecho a que el tratamiento sea respetuoso y, el derecho a estar libre de violencia sexual y otras formas de violencia que invaden el sistema reproductivo.¹³⁷

Siguiendo a esta misma autora, los derechos reproductivos incluyen: el derecho al control de la natalidad, el derecho a interrumpir un embarazo, el derecho a acceder a la tecnología de reproducción asistida, el derecho a elegir el método de parto, el derecho a una educación sexual precisa, el derecho a una atención adecuada de la salud reproductiva, el derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos, el derecho a rechazar cualquier procedimiento médico o forma de intervención médica.¹³⁸

En suma, puedo decir que los derechos reproductivos, están relacionados con el derecho de las persona a decidir reproducirse o no hacerlo; a decidir cuántos hijos tener, cuándo, cómo y con quién tenerlos; a decidir, de acuerdo a las necesidades e intereses particulares, el control de natalidad más seguro y adecuado para sí mismo; a la obtención y protección de la salud sexual y reproductiva, con un trato digno y libre de violencia, coacción o manipulación; así como el derecho a obtener la educación, información y servicios necesarios para llevar a cabo su vida reproductiva de manera segura y efectiva.

Con relación a los derechos incluidos dentro de los derechos reproductivos, se destacan cuatro principios básicos: autonomía personal, igualdad, diversidad e integridad corporal. Estos principios deben ser respetados en los servicios de salud y

¹³⁵Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 16

¹³⁶ SILVA García Fernando (coord.), pp. 527 y 528

¹³⁷Traducción propia “*Accordingly, reproductive rights include the freedom to decide whether, when and how to have children. They include the right to access adequate reproductive health care and all relevant information as well as treatment that is respectful of the individual. They also include the right to be free from sexual violence and other forms of violence that encroach on the reproductive.*” Cfr. MAJA Kirilova, Eriksson, *Reproductive freedom: in the context of international human rights*, La Haya, ed. Martinus Nijhoff, 2000 p. 6.

¹³⁸Traducción propia “*examples of reproductive rights include: the right to birth control, the right to terminate a pregnancy, the right to access assisted reproductive technology, the right to choose the method of childbirth, the right to accurate sex education, the right to adequate reproductive health care, the right to decide the number and spacing of one’s children, the right to refuse any medical procedure or form of medical intervention.*” Cfr. MAJA Kirilova, Eriksson, op. cit. pp. 5 y 6

junto con el respaldo científico y la equidad de trato, forman parte de la calidad de atención exigible por los usuarios para el respeto de sus derechos reproductivos.¹³⁹

Maja Kirilova apunta que el derecho de una mujer a decidir sobre asuntos relacionados con su propio cuerpo forma parte del derecho a la privacidad, el derecho a la autonomía, el derecho a la libertad, el derecho a la integridad física y el derecho a decidir el número y espacio de los hijos.¹⁴⁰ Respecto a esta anotación, considero que no sólo se debe hablar del derecho de la mujer, sino del derecho de todas las personas, hombres y mujeres, sin embargo, la afirmación de Maja Kirilova permite visualizar que los derechos reproductivos están relacionados con otros derechos humanos.

En este mismo sentido, otros derechos convergentes con la salud sexual y la salud reproductiva son: el derecho a la vida, el derecho a la privacidad, el derecho a la libertad y seguridad personal, el derecho al nivel más alto posible de salud, el derecho a decidir el número e intervalo de hijos, el derecho a la igualdad y a la no discriminación, el derecho a la información y el derecho a la educación.

Por lo anterior, puedo decir que los derechos sexuales y reproductivos tienen una íntima relación con otros derechos fundamentales como el derecho a la salud, a la vida, a la integridad física, a la libertad, a la intimidad, a la dignidad, a la igualdad, a la no violencia, a la no discriminación, a la información y a la educación.

La ley y las autoridades públicas deben garantizar el ejercicio de estos derechos en un marco de libertad, respeto y seguridad, y las personas podrán ejercerlos dentro de los límites establecidos en la Constitución: respeto a la ley, a los derechos de terceros, a la moral y a la paz y orden públicos.

Sin embargo, Marcela Martínez Roaro, menciona que existen personas adultas que disfrutan lo que se podría considerar inmoral, sin causar daño a terceras personas, sin violar la ley y sin alterar el orden público y establece que

mientras la moral pública, sin mayor explicitación, siga siendo uno de los límites al ejercicio de la sexualidad, los derechos sexuales, como garantía constitucional, estarán en permanente riesgo de violación, al ser valorados desde la personal perspectiva de la autoridad pública y juzgados por criterios emitidos desde esta moral dogmática. En aras de un derecho que respete la pluralidad y aspire a la justicia y a la tolerancia, si no es posible la interpretación democrática de la moral, sería mucho mejor eliminarla como límite al ejercicio de las garantías individuales.¹⁴¹

Sobre esta postura, considero que en cuestiones sexuales la moral pública es muy variable por lo que coincido en que no debería tomarse en cuenta para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos siempre que se respeten los demás requisitos.

¹³⁹Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 12

¹⁴⁰ Traducción propia *"It is arguable that a woman's right to decide matters relating to her own body (such as the right to choose to terminate a pregnancy or the right to choose to bear children) forms a part of the right to privacy, right to autonomy, right to liberty, right to physical integrity, and right to decide the number and spacing of one's children."* Cfr. MAJA Kirilova, Eriksson, op. cit. p. 3.

¹⁴¹ MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. p. 259

D. INTIMIDAD Y LIBERTAD

Dos conceptos, correlacionados entre sí, que considero se deben abordar en el análisis de los derechos sexuales y reproductivos son la intimidad y la libertad reproductiva.

De acuerdo con María de la Luz Dávila Mayorga la intimidad comprende la libertad de las personas para decidir y disponer de su propio cuerpo, decidir sobre su orientación, sus valores morales y religiosos, sus tendencias sexuales y las elecciones relacionadas con el ejercicio de la libertad reproductiva.¹⁴²

Este derecho no sólo requiere obligaciones negativas de abstenerse a interferir y de no obstruir el ejercicio de este derecho, sino que también requiere obligaciones positivas por parte del Estado para garantizar este derecho, inclusive de índole financiera.¹⁴³

La libertad reproductiva es elemental para una amplia gama de asuntos. Si no podemos hacernos cargo de la cuestión más personal de nuestras vidas, no podemos ocuparnos de nada. No debe verse como un privilegio o un beneficio, sino como un derecho humano fundamental.¹⁴⁴

E. SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Dentro de los derechos sexuales y reproductivos, resalta el derecho a la salud sexual y reproductiva.

Empezaré con el análisis del derecho a la salud, de acuerdo con Rodolfo Lara Ponte, el derecho a la salud tiene las siguientes características:

- a) Su definición requiere una decisión previa sobre el reparto de los recursos y de las cargas sociales que no pueden adoptarse en abstracto, ni con un valor universal.
- b) Necesita una organización de servicios y prestaciones públicas elaborada.
- c) La obligación del Estado de dar o hacer, que generalmente se traduce en el otorgamiento de bienes y servicios, por ello se le atribuye una naturaleza prestacional.
- d) Se otorgan a un grupo o sector específico, como consecuencia de su situación social particular, ya que se formulan para atender carencias y requerimientos producto de la desigualdad típica de las relaciones sociales.
- e) Buscan asegurar una libertad fáctica; no se trata de derechos de igualdad material o sustancial, sino que establecen un régimen jurídico diferenciado en atención a una desigualdad ya existente de hecho, que trata de ser limitada o superada.¹⁴⁵

Diversas fuentes establecen que el derecho a la salud no significa sólo estar saludable, sino que implica derechos y libertades, entre ellos Josefina Cortés Campos

¹⁴²Cfr. SILVA García Fernando (coord.), op. cit. p. 179

¹⁴³Cfr. SILVA García Fernando (coord.), op. cit. p. 451

¹⁴⁴ Traducción propia *“reproductive freedom is critical to a whole range of issues. If we can't take charge of this most personal aspect of our lives, we can't take care of anything. It should not be seen as a privilege or as a benefit, but a fundamental human right.”* Cfr. MAJA Kirilova, Eriksson, op. cit. p. 1

¹⁴⁵Cfr. SILVA García Fernando (coord.), op. cit. pp. 676 y 677

menciona que esos derechos y libertades son: el derecho a controlar la salud y el cuerpo (incluyendo la libertad sexual y reproductiva), el derecho a no ser coaccionado, el derecho a no sufrir torturas y a no ser sometido a tratamientos médicos no consensuales.¹⁴⁶

Por su parte, María Silvia Villaverde dice que las libertades incluidas en el derecho a la salud son la libertad de controlar la salud y el cuerpo, lo que involucra la libertad sexual y genésica; y los derechos incluidos son el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos médicos no consensuales y el derecho a un sistema de protección que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto posible nivel de salud. La protección del derecho a la salud incluye la obligación del Estado de establecer leyes y otras medidas que permitan el acceso igualitario a la atención de la salud y los servicios relacionados a ella, además de asegurar que el personal de salud cuente con la educación y experiencia necesarios para su labor; por lo anterior, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho a disfrutar de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto posible nivel de salud.¹⁴⁷

De manera particular, la salud sexual tampoco significa estar saludable en el ejercicio de la sexualidad ni como la ausencia de enfermedades o disfunciones; la salud sexual puede definirse como la experiencia de un bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, se presenta en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales, lo cual favorece un bienestar que enriquece la vida personal y social.¹⁴⁸

Para Marcela Martínez Roaro, la salud de la sexualidad humana incluye la salud reproductiva, la salud del género, la salud erótica y la salud de las vinculaciones afectivas; y la define como el óptimo desarrollo y funcionamiento fisiológico y psicosocial que permita al ser humano el ejercicio pleno e integral, individual y social de su vida erótica, coital, orgásmica y genérica.¹⁴⁹

Por otro lado, la salud reproductiva se relaciona con los servicios de salud necesarios para llevar un embarazo y parto de forma segura y saludable para la madre y el hijo; también involucra la información y servicios sobre control de enfermedades y sobre igualdad de género.¹⁵⁰

A diferencia de la salud sexual, la salud reproductiva ha sido mayormente atendida por parte de los servicios de salud debido a que involucra a la procreación y es objeto de atención por su relación con el crecimiento demográfico, sin embargo, los aspectos psicosociales de la salud reproductiva son igualmente ignorados.¹⁵¹

¹⁴⁶Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 44

¹⁴⁷Cfr. SILVA García Fernando (coord.), op. cit. p. 696

¹⁴⁸Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 24

¹⁴⁹Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. pp. 82 y 83

¹⁵⁰Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 408

¹⁵¹ Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. p. 314

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo estableció, por un lado, que la salud sexual tiene como objetivo el desarrollo de la vida y las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual; y por otro lado definió que la salud reproductiva es un estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Establece que 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; sin embargo, considero hacer una aclaración respecto a que debe ser la salud sexual la que entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual y satisfactoria y sin riesgos de procrear, ya que la salud sexual lleva implícita a la salud reproductiva.

Igualmente, la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo menciona que la atención a la salud reproductiva es 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.¹⁵²

Otra definición sobre salud sexual y reproductiva es la de María Silvia Villaverde quien entiende que este concepto implica el derecho de tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados, la posibilidad de poder regular la fecundidad, el derecho a un parto seguro y sin riesgos, y el derecho a dar luz y criar niños saludables.¹⁵³

La Corte Constitucional de Colombia en el caso COOMEVA indicó que la salud sexual y reproductiva se encamina a proteger el sistema reproductivo en todos sus aspectos, funciones y procesos de forma que las mujeres puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, exenta de riesgos, así como de la posibilidad de procrear y de la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia¹⁵⁴ Respecto a esta definición, sigo insistiendo que la salud sexual y reproductiva no debe ser exclusiva de las mujeres, sino de todas las personas.

Para cerrar el tema sobre salud sexual y reproductiva, mencionaré algunos rubros que diferentes posturas indican están incluidos en estos conceptos.

De acuerdo con la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo la atención de la salud reproductiva abarca:

Los métodos, técnicas y servicios que contribuyen al bienestar y salud en este campo a través de la prevención y la resolución de sus problemas. La integración de los servicios y tecnologías de salud, comprendiendo la atención integral del embarazo, parto, puerperio y lactancia, planificación familiar, métodos anticonceptivos, morbilidad materno infantil, la atención del VIH-SIDA, y otras enfermedades de transmisión sexual, tratamientos de patologías genito-mamarias y/o prostáticas, tratamientos de infertilidad y

¹⁵²Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 22

¹⁵³ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 6

¹⁵⁴SILVA García Fernando (coord.), op. cit. p. 450

esterilidad, en un abordaje conjunto de los servicios de salud con los servicios sociales y educativos.¹⁵⁵

De acuerdo con el programa de acción de esta Conferencia, los elementos esenciales para la atención de la salud reproductiva son:

1. Información, educación y comunicación sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.

2. Información y acceso a métodos de planificación familiar que sean apropiados, seguros, efectivos, accesibles económicamente, y aceptados como consecuencia de una decisión informada.

3. Provisión de servicios para un embarazo, parto y puerperio seguros.

4. Prevención y tratamiento de las consecuencias del aborto y acceso a servicios en los casos en que no sea ilegal.

5. Prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad.

6. Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH/SIDA y otras afecciones como cáncer de mama o del sistema reproductor.

7. Eliminación de conductas dañinas como la mutilación genital femenina, la violencia sexual o el tráfico sexual.¹⁵⁶

Por su parte, María Silvia Villaverde menciona que los aspectos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos son:

1. Sistema reproductivo, funciones y procesos.

2. Comportamientos sexuales y reproductivos (papel de los varones y mujeres, estructura familiar, percepción social de la reproducción y de la sexualidad, comunicación pública y privada de lo sexual, relaciones de poder intersexual, papel de las instituciones sociales).

3. VIH/sida; infecciones de transmisión sexual.

4. Aborto

5. Embarazo adolescente.

6. Fertilidad en varones y mujeres; regulación de la fertilidad.

7. Maternidad segura

8. Derecho y accesos a la información y a los servicios de salud.

9. Derechos sexuales y reproductivos.¹⁵⁷

Por último, considero necesario aclarar que existen factores que influyen en la salud en general y, por lo tanto, en la salud sexual y reproductiva, estos factores son:

a) La constitución genética y el género de cada persona

b) El estilo de vida de cada individuo, lo que puede favorecer o perjudicar su salud

c) Las condiciones socioeconómicas de la sociedad en que se nace y se vive

d) Los avances del conocimiento médico y la accesibilidad de la población a ellos

¹⁵⁵ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994, párrafo 7.2

¹⁵⁶Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 26

¹⁵⁷*ibidem* p. 10

e) La accesibilidad a la información.¹⁵⁸

Debido a estas situaciones, el enfoque y prioridad que se le dé a los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva depende del contexto particular de cada población.

F. JUSTICIA REPRODUCTIVA

Paola Bergalo considera importante incluir el concepto de justicia reproductiva en los debates sobre derechos sexuales y reproductivos, ya que incorpora e integra al mismo tiempo las dimensiones del reconocimiento y la redistribución de los recursos al plantear la centralidad de las condiciones materiales para el goce de los derechos reproductivos.¹⁵⁹

Establece que las injusticias reproductivas están representadas en los diversos factores que coaccionan las decisiones reproductivas y que obligan a las mujeres a una maternidad no deseada y a los riesgos del aborto clandestino, esta coacción es provocada por prácticas, reglas y políticas o por su ausencia.¹⁶⁰

La justicia reproductiva está encaminada a anular las prácticas que han violentado los derechos reproductivos de las mujeres en específico.

G. PATERNIDAD RESPONSABLE

Otro concepto importante que considero es de suma importancia contemplar es la paternidad responsable y en general todo lo que tiene que ver con una perspectiva que involucre al género masculino en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Como indican Kenneth de Camargo y Rubén Mattos casi nunca se considera el papel del hombre en el control de la natalidad, generalmente se relaciona con las mujeres.¹⁶¹

La mayoría de las veces cuando se habla sobre derechos reproductivos, el enfoque se basa en las mujeres que por fisiología son las que experimentan el embarazo y el parto, por esta razón Maja Kirilova considera que la discusión sobre derechos reproductivos tiene necesariamente una dimensión de género.¹⁶² Sin embargo, no comparto esa postura, si bien algunos temas sobre reproducción tienen que ver específicamente con las mujeres, los derechos reproductivos pertenecen a ambos géneros.

Considero que esta autora tiene un argumento muy importante, y es que los problemas reproductivos han afectado a las mujeres desproporcionadamente, lo que la lleva a proponer que las restricciones a la libertad reproductiva de las mujeres pueden

¹⁵⁸Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. pp. 44 y 45

¹⁵⁹ BERGALO Paola (comp.), op. cit. p. 8

¹⁶⁰*ibidem* p. 10

¹⁶¹Cfr. PARKER Richard, op cit. pp. 408 y 409

¹⁶² Traducción propia "When discussing reproductive rights, the focus is generally on women as physiology dictates that only women experience pregnancy and childbirth. Therefore, the discussion necessarily has a gendered dimension." Cfr. MAJA Kirilova, Eriksson, op. cit. p. 5

considerarse tortura.¹⁶³ Este argumento coincide con el propuesto por Paola Bergalo sobre justicia reproductiva, que las mujeres han sido mayormente afectadas por la falta de reconocimiento y protección de los derechos reproductivos, no significa que sean exclusivos de ellas.

Como expuse en el capítulo sobre la evolución de los derechos sexuales y reproductivos en el mundo, y como lo señala María Silvia Villaverde, los temas sobre género y derechos sexuales y reproductivos han sido consecuencia de la lucha de grupos de mujeres, pero también existen argumentos para incorporar de forma más explícita a los hombres, y María Silvia cuestiona si los hombres se encuentran en la misma condición que las mujeres y si deben promoverse esos derechos también para ellos.¹⁶⁴ Ante esta interrogante, opino que los hombres no han sufrido las mismas violaciones a los derechos reproductivos que las mujeres pero si se han violado sus derechos, se les ha excluido de estos temas y eso, para mí, también es una violación a sus derechos, a opinar, a formar parte. Reconocerlos como beneficiarios de los derechos reproductivos conlleva a que también sean sujetos de las obligaciones que implica la reproducción, los hombres son parte del proceso biológico reproductivo y también deben ser parte de las consecuencias de la reproducción.

De acuerdo con José René Olivos actuar de manera responsable implica asumir los compromisos que se deben tener con los hijos que se tienen, entre estos compromisos se encuentran la alimentación, los cuidados a la salud que hay que asegurar para el sano desarrollo, la educación para su formación profesional, artística u oficio, proporcionar la recreación necesaria y procurar inculcar los valores morales, proveer lo suficiente para el desarrollo físico, emocional y psicológico de los hijos.¹⁶⁵

Desde 1984 la Conferencia Internacional de Población acordó que los hombres deben compartir la responsabilidad de la planificación de la familia y crianza de los hijos,¹⁶⁶ pero esto no se ha visto en la práctica y considero que se ha dejado de lado.

En mi opinión, no sólo se debe incluir a los hombres en las dinámicas sobre derechos reproductivos, sino que también deben estar contemplados en los derechos sexuales, sobre todo en la educación sexual ya que, por ejemplo, para evitar la violencia sexual no solo hay que enseñar a las mujeres a identificarla y evitarla, sino también a los hombres a no practicarla.

¹⁶³ Traducción propia *"Thus my argument that restrictions on women's reproductive freedom may be viewed through the prism of torture and CIDT is part of a much broader argument that norms that are currently gendered in definition, interpretation and implementation may be conceptualised so as to address adequately issues that disproportionately affect men and women alike."* Cfr. MAJA Kirilova, Eriksson, op. cit. p.20

¹⁶⁴Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 47

¹⁶⁵Cfr. OLIVOS Campos, José René, Los derechos humanos y sus garantías, México, Porrúa, 2011 p. 84

¹⁶⁶Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 20

H. EDUCACIÓN SEXUAL

Para comenzar, la educación es un proceso que tiene la posibilidad de crear o modificar la conducta, los valores, el pensar y el sentir de una mujer, y ésta puede ser informal, no formal y formal.

La educación informal es la que las personas reciben durante toda su vida a través de canales de socialización y va estructurando su personalidad.

La educación no formal es la que contiene información dirigida, planeada, propositiva y con contenidos y objetivos establecidos pero no está considerada dentro de un marco académico o curricular.

Y la educación formal es dirigida, planeada, con objetivos y se imparte dentro de un marco académico y curricular, es la realizada por el Estado y las universidades.

La Corte de Colombia en el caso COOMEVA en 2017, destacó que existe una íntima relación entre el derecho a la educación y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, que existe la necesidad de que el derecho a la educación implique el derecho de las mujeres a recibir información sobre su salud reproductiva y la posibilidad de decidir el número y espaciamiento de sus hijos, de manera libre y responsable; indicó que esta relación puede analizarse desde distintas perspectivas, una de ellas es en relación a la educación básica, la cual debe asegurar que las mujeres tengan la capacidad de actuar de manera autónoma dentro de su familia y su comunidad, procurando que ellas estén conscientes de sus derechos.¹⁶⁷

La Conferencia sobre la Población y el Desarrollo menciona que la libertad para decidir procrear lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información así como a acceder a métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, estos métodos deben ser seguros, eficaces, asequibles y aceptables, también tienen 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.¹⁶⁸ De este párrafo, considero importante resaltar el derecho implícito a obtener información sobre salud reproductiva, este derecho de las personas se traduce en una obligación para el Estado, sin embargo, no es suficiente con brindar información, es necesaria una educación y formación en salud sexual y reproductiva.

Más adelante, este mismo documento enuncia los aspectos que se deben contemplar en la salud reproductiva:

la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, prevención y

¹⁶⁷Cfr. SILVA García Fernando (coord.), op. cit. p. 471

¹⁶⁸Cfr. ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, párrafo 7.2

tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.¹⁶⁹

Es en este párrafo en el que se hace mención explícitamente sobre la educación sexual.

A pesar de que la educación sexual esté contemplada como uno de los elementos primarios en la atención a la salud reproductiva, existen posturas y grupos que se oponen a este derecho, sobre todo la educación sexual en las escuelas, al respecto, Vicenta Hernández Haddad opinó lo siguiente: muchos de esos argumentos están promovidos por adultos que asocian información con libertinaje, y “abandonan” en la ignorancia a los menores etiquetándolos como ‘inocentes’ -que en un futuro no muy lejano tendrán que asumir consecuencias de la falta de información sexual-.¹⁷⁰ Con su opinión, la Dra. Vicenta expone una realidad indudable y es que de cualquier manera los menores crecerán y tendrán que enfrentarse a estos temas, si se les niega el derecho a recibir la información adecuada, entonces nos tendremos que enfrentar a las consecuencias originadas por la desinformación.

La educación sexual debe considerar diversos aspectos, pues no se puede enseñar lo mismo a toda la población por igual, sin embargo, siempre debe estar presente el respeto y la no discriminación, de acuerdo con la Dra. Vicenta la educación sexual tiene como principales objetivos:

1. Informar para responsabilizar
2. Prevenir abusos sexuales y
3. Respetar la diversidad en todos los sentidos.¹⁷¹

Respecto al punto dos añade el primer abuso sexual es no proporcionar la educación sexual considerando el mundo de hoy.¹⁷² Con esta declaración, se puede observar la postura, con la que coincido, en la que ocultar y prohibir la información sobre educación sexual es un abuso, el cual viola los derechos establecidos en los tratados internacionales y en la Constitución.

En mi opinión considero que la educación sexual es un requisito para poder ejercer el derecho a decidir de manera libre el derecho contemplado en el artículo 4to constitucional y en los tratados internacionales y debe ser exigido para todos los sectores de la población. Y como menciona Josefina Cortés Campos nadie puede ejercer deliberada y racionalmente la autonomía si no tiene la información adecuada,¹⁷³ aunque,

¹⁶⁹Cfr. ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas, Conferencia Internacional sobre la Población, *cit.* párrafo 7.6

¹⁷⁰HERNÁNDEZ Haddad, Vicenta, Mi opinión sobre ley educación sexual p. 1

¹⁷¹*ibidem* p.3

¹⁷²*ibidem* p. 8

¹⁷³SILVA García Fernando (coord.), *op. cit.* p. 675

vuelvo a remarcar, no es sólo brindar la información sino promover una formación en educación sexual, informar no es educar, debe existir una apropiación y reflexión de la información que se está exponiendo.

1.4 POSTURAS PARA LA ENSEÑANZA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Durante muchos siglos la educación de la sexualidad fue considerada pertenencia exclusiva de la religión y la moral dogmática de grupos conservadores, sin embargo, de manera paulatina, el Estado, el derecho y la ciencia han incorporado estos temas a sus ámbitos, con la correspondiente resistencia de la iglesia y los grupos moralistas.¹⁷⁴

De esta resistencia se originó el debate sobre si la educación sexual debe enseñarse o no, en este apartado expondré las dos posturas contrarias, la primera, a la que denomino científica, expone una postura a favor de la educación sexual, basándose en razonamientos derivados de las ciencias sociales, médicas, psicológicas y de política económica; por otro lado, la postura ética se opone a la enseñanza de la educación sexual derivado de juicios morales o religiosos.

A. ÉTICAS

Germán Bidart Campos, afirma que la conciencia moral o las creencias religiosas de cada persona son las que han de gobernar conductas tan íntimas como casarse o no casarse; tener hijos o no tenerlos; determinar cuándo y cuántos se quieren tener; decidir sobre la propia sexualidad íntima. Todo ello hace al plan personal- ¡personalísimo!- de vida autorreferente, que no deriva efectos nocivos para los demás¹⁷⁵ Esta postura es la aceptada por muchas personas y grupos, sobre todo conservadores, al respecto, Michael Foucault observa que esta situación existe porque es históricamente evidente, y que si se habla tanto de ella y desde hace tanto tiempo, se debe a que la represión se encuentra profundamente anclada, que posee raíces y razones sólidas.¹⁷⁶

Los principales defensores de la postura para reprimir u ocultar lo relacionado con la sexualidad son los grupos conservadores, para ellos el problema es la inmoralidad, la permisividad cultural, la disminución de la autoridad paternal y la debilidad en la aplicación de sanciones en contra de la ilegitimidad; por ello se oponen a prácticas como el sexo premarital, el aborto y la crianza en una familia monoparental.¹⁷⁷

Existen dos principales fuerzas religiosas que se oponen a la libertad sexual y por ende a la educación sexual, la primera es la iglesia católica y la segunda es la religión del Islam.

¹⁷⁴ Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. p. 268

¹⁷⁵ SILVA García Fernando (coord.), op. cit. p. 228

¹⁷⁶ Cfr. FOUCAULT Michel, op. cit. p. 9

¹⁷⁷ Cfr. BERGALO Paola (comp.), op. cit. pp. 86 y 87

El Comité Internacional Islámico para Mujeres y Niños (IICWC) y organizaciones cristianas y pro-familia han trabajado de manera conjunta en eventos internacionales; los textos publicados por este comité son muy parecidos a los textos conservadores occidentales, por ejemplo, el valor de la castidad y las críticas a organizaciones que trabajan por los derechos de las mujeres.¹⁷⁸

El control que posee la religión islámica afecta los derechos de los niños y los jóvenes, al negarles la educación sexual, no tendrán conciencia de las implicaciones sexuales y reproductivas de sus acciones, es posible que sientan culpa y confusión por las conductas aprendidas culturalmente en contraste con sus sentimientos, la religión les niega las herramientas necesarias enfrentarse a todo lo relacionado con la sexualidad.¹⁷⁹

En los países islámicos es difícil separar la religión de las costumbres cotidianas y de las creencias socioculturales, la religión ha tenido un papel muy importante en la vida de estas sociedades, las instituciones utilizan el discurso religioso para lograr sus objetivos, esto ha sido la causa de la mayoría de los ataques a los derechos sexuales.¹⁸⁰

Por otro lado, la religión católica también posee mucha fuerza en los países occidentales, muestra de ello es el papel que ha tenido la Santa Sede en las negociaciones sobre sexualidad en la ONU.

Su actuación en la ONU es reflejo del análisis realizado por Foucault sobre el papel histórico de la Iglesia Católica, la cual ha implementado la confesión de los pecados como medio de control y sometimiento, el sexo es considerado la manifestación del pecado original y necesita ser examinado de manera frecuente.¹⁸¹

En México existen organizaciones afines a la postura de la iglesia católica, como ejemplo se encuentran:

- La Unión de Padres de Familia fundada en 1917, la cual se ha opuesto a los programas públicos y privados de educación sexual, a las campañas contra el SIDA, programas en los medios de comunicación y espectáculos o exposiciones públicas que tengan contenidos que vayan en contra de su ideología y moral.

- El Comité Nacional Provida (PROVIDA) creado en 1978 para impugnar una propuesta de despenalización del aborto; desde entonces ha realizado campañas en contra del aborto, los métodos anticonceptivos, la educación sexual, la prevención del SIDA, etc.

- La Alianza para la Moral A.C. fundada en Guadalajara en 1979 con el objetivo de promover el desarrollo de los valores morales de México.¹⁸²

Se habla mucho de la "Iglesia Católica", que dice esto o aquello, que limita "X" y que exige "Y", pero ¿son los mandatos religiosos?, ¿es la iglesia como

¹⁷⁸Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 72

¹⁷⁹*ibidem* p. 93

¹⁸⁰Cfr. PARKER Richard, op. cit. pp. 60 y 61

¹⁸¹*ibidem* p. 353

¹⁸² Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. pp. 191 y 192

institución/organización?, ¿son los líderes? o ¿son las personas que tienen esta creencia las que han reproducido el discurso limitante sobre la sexualidad?

Los textos católicos hacen referencia explícita sobre la educación sexual, en Pontificio Consejo para la Familia, Sexualidad humana: verdad y significado, orientaciones educativas en familia se menciona lo siguiente:

En el pasado, aun en el caso de que la familia no ofreciera una explícita educación sexual, la cultura general, impregnada por el respeto de los valores fundamentales, servía objetivamente para protegerlos y conservarlos. La desaparición de los modelos tradicionales en gran parte de la sociedad, sea en los países desarrollados que en vías de desarrollo, ha dejado a los hijos faltos de indicaciones unívocas y positivas, mientras los padres se han descubierto sin la preparación para darles las respuestas adecuadas. Este contexto se ha agravado por un obscurecimiento de la verdad sobre el hombre al que asistimos y que conlleva, además, una presión hacia la banalización del sexo. Domina una cultura en la que la sociedad y los mass-media ofrecen a menudo, una información despersonalizada, lúdica, con frecuencia pesimista y sin respeto para las diversas etapas de la formación y evolución de los adolescentes y de los jóvenes, bajo el influjo de un desviado concepto individualista de la libertad y de un contexto desprovisto de los valores fundamentales sobre la vida, sobre el amor y sobre la familia.¹⁸³

Por otro lado, para la “Iglesia Católica”, la institución del matrimonio es una de las instituciones más importantes, muchos de sus textos hablan sobre ésta figura y establecen la manera en que debe vivirse el matrimonio, se pensaría que la postura de la religión católica sería sumamente estricta, sin embargo, en los sus textos exponen una postura relativamente flexible, por ejemplo en la Constitución Pastoral *Gaudium et spes* sobre la iglesia en el mundo se dispone que la institución del matrimonio y el amor conyugal están ordenados por sí mismos a la procreación y a la educación de la prole, con las que se ciñen como con su corona propia. De esta manera, el marido y la mujer, que por el pacto conyugal ya no son dos, sino una sola carne (Mt 19,6)¹⁸⁴. Esta cita claramente establece que el objetivo del matrimonio es la procreación, sin embargo, más adelante se matiza este ordenamiento al decir que el matrimonio no ha sido instituido solamente para la procreación, sino que la propia naturaleza del vínculo indisoluble entre las personas y el bien de la prole requieren que también el amor mutuo de los esposos mismos se manifieste, progrese y vaya madurando ordenadamente. Por eso, aunque la descendencia, tan deseada muchas veces, falte, sigue en pie el matrimonio como intimidad y comunión total de la vida y conserva su valor e indisolubilidad.¹⁸⁵ En este mismo sentido la Exhortación Apostólica Postsinodal “*Amoris Laetitia*” muestra una postura más flexible sobre el deber de procreación expresando que con frecuencia presentamos el matrimonio de tal manera que su fin unitivo, el llamado a crecer en el

¹⁸³ PONTIFICIO Consejo para la Familia, Sexualidad humana: verdad y significado, orientaciones educativas en familia, Numeral 1

¹⁸⁴ CONCILIO Vaticano II, Constitución pastoral *Gaudium et spes* sobre la iglesia en el mundo, Roma, Numeral 48

¹⁸⁵ *ibidem* Numeral 50

amor y el ideal de ayuda mutua, quedó opacado por un acento casi excluyente en el deber de la procreación.¹⁸⁶

Sin embargo, existen posturas establecidas por los textos de la Iglesia que si son rígidas e inflexibles y que, a pesar de los años, no han cambiado, por ejemplo los métodos anticonceptivos o el aborto. En la misma Exhortación Apostólica Postsinodal “Amoris Laetitia” se especifica claramente por amor a esta dignidad de la conciencia, la Iglesia rechaza con todas sus fuerzas las intervenciones coercitivas del Estado en favor de la anticoncepción, la esterilización e incluso del aborto.¹⁸⁷

Respecto a temas como la homosexualidad y el aborto, el Papa Benedicto XVI en la encíclica *Deus Caritas Est* expone la postura católica y califica la homosexualidad como “amor débil” porque no pueden procrear de forma natural y el aborto sigue siendo condenado. En la Asamblea General de la Academia Pontificia por la Vida el Papa Benedicto XVI expuso que el aborto es una amenaza contra la vida y mencionó su preocupación por las presiones para legalizar el aborto en América Latina.¹⁸⁸

Sobre este último punto, resulta claro que la religión predominante en América Latina es la católica por lo que los temas sobre la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos son vistos como temas sensibles¹⁸⁹

La fuerza que ejerce la Iglesia Católica ha impedido el avance y el apoyo a las reformas legales relacionadas con el aborto, el concubinato y la inseminación asistida,¹⁹⁰ además de contribuir con la discriminación a la comunidad LGTB.

Sin embargo, la Iglesia Católica se encuentra en constante cambio, no es una institución inmóvil y por ello ha estado presente durante tanto tiempo, cada Papa tiene su visión del mundo y cada uno de ellos ha aportado en las transformaciones en torno al catolicismo, muestra de ello es que, en enero de 2019 durante una rueda de prensa, el Papa Francisco dijo: el sexo es un don de Dios. No es el 'cuco'(un monstruo con el que asustar). Es el don de Dios para amar. Que algunos lo usen para ganar plata o explotar a otros, es otro problema. Pero hay que dar educación sexual, objetiva, tal y como es.¹⁹¹

Como se puede observar, la Iglesia Católica no es tan estricta como se ha hecho parecer, si bien mantienen una postura un tanto conservadora, no es como la han pintado. Lo cierto es que sí existen grupos conservadores, los cuales se han acogido en el poder y la influencia de la Iglesia pero han tergiversado y exagerado lo establecido en los textos oficiales.

¹⁸⁶SANTO Padre Francisco, Exhortación Apostólica Postsinodal “Amoris Laetitia”, Numeral 36

¹⁸⁷*ibidem* Numeral 42

¹⁸⁸Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 18

¹⁸⁹*ibidem* p. 139

¹⁹⁰Cfr. ORTIZ-ORTEGA, et. al., op. cit. p. 12

¹⁹¹E.F.E., *El papa Francisco apoya la educación sexual "objetiva, tal y como es", al margen de ideologías*, Ciudad del Vaticano, Faro de Vigo, 29 de enero 2019, disponible en <https://www.farodevigo.es/sociedad/2019/01/29/papa-francisco-apoya-educacion-sexual/2041366.html> última versión revisada el 27 de mayo de 2022

B. CIENTÍFICAS

Hablar sobre sexualidad desde una óptica diferente a la religiosa o moral, de acuerdo con Foucault, surgió en el siglo XVIII, donde se creó un discurso “racional” sobre sexo debido a que nació la tendencia política, económica y técnica de hablar sobre sexo en forma de análisis, contabilidad, clasificación y especificación y de investigaciones cuantitativas o causales.¹⁹²

No sólo se trata de hablar sobre sexo o sexualidad, sino de brindar una educación sexual, sobre este punto, el planteamiento principal es ¿por qué intervenir en el comportamiento sexual de las personas? Andrés Roemer responde que se debe a los daños físicos, psicológicos y/o económicos que la actividad sexual puede ocasionar a las partes y a terceros.¹⁹³ Este razonamiento plantea la idea del sexo como un riesgo y la educación sexual como forma de prevención.

Reforzando lo anterior, Atienza refiere que es lícito tomar una decisión que afecta a la vida o salud de otro, si éste último se encuentra en una situación de incompetencia básica, la decisión debe suponer un beneficio objetivo para esa persona y se puede presumir racionalmente que consentiría al no existir la situación de incompetencia.¹⁹⁴

Josefina Cortés Campos establece que aún en ámbitos tan íntimos y propios de autonomía, es necesaria, en cierto grado, la intervención pública, la cual debe ser capaz de detectar y reducir las asimetrías existentes en la posición jurídica de los sujetos de la regulación, en este caso hablamos de una asimetría en los conocimientos sobre sexualidad.¹⁹⁵

Por último, en palabras de Vicenta Hernández Haddad: la educación sexual es la principal herramienta para prevenir abusos sexuales y el primer abuso sexual es no proporcionar la educación sexual considerando el mundo de hoy.¹⁹⁶

Con base en estos razonamientos, es posible la intervención pública en ámbitos relacionados con el ejercicio de la sexualidad; considero que la educación sexual debe dirigirse a todas las personas: hombres y mujeres, adolescentes, niños y niñas. La educación sexual dirigida a niños y adolescentes ha sido mayormente debatida.

Desde la popularización de la teoría freudiana, los adolescentes vivían en una constante contradicción, por un lado, el sexo era aceptado debido a la imaginación sexual contenida en los medios de comunicación, pero por el otro lado, los manuales escolares para adolescentes, la presión de los padres y las limitaciones socioeconómicas condenaban al sexo. En este contexto, la mayoría de los adultos estaban en contra de los programas de educación sexual porque “enseñaba el vicio a las criaturas pequeñas”.¹⁹⁷

¹⁹²Cfr. FOUCAULT Michel, op. cit. pp. 16 y 17

¹⁹³Cfr. ROEMER Andrés, Sexualidad, derecho y política pública, México, ed. Miguel Ángel Porrúa, 1998 p. 16

¹⁹⁴Cfr. SILVA García Fernando (coord.), op. cit. p. 674

¹⁹⁵*ibidem* p. 676

¹⁹⁶HERNÁNDEZ Haddad, Vicenta, op. cit. p. 8

¹⁹⁷Cfr. BERGALO Paola (comp.) op. cit. p. 76

Todos los días los adolescentes reciben mensajes que determinan comportamientos y prácticas del cuerpo y la sexualidad, a través de experiencias como la convivencia con familiares o amigos, los medios de comunicación masiva o de manera formal a través de las lecciones en la escuela; la suma de toda esta información diaria constituye el contexto en que los adolescentes se apropian conocimientos, valores, formas de vivir o sobrevivir respecto a temas sobre sexualidad.¹⁹⁸ Sin embargo, no toda la información que reciben tiene el mismo valor para los adolescentes, y por supuesto, ninguna de estas fuentes de información posee contenidos completos, cada una de estas fuentes tiene sus propios fines.

El objetivo de los medios de comunicación masiva no es educar sino vender, al respecto, Ciraco Izquierdo menciona que en esta sociedad de libre mercado, en la que todo se comercia, el cuerpo se convierte en una de las principales mercancía y el erotismo se ha sido cosificado por el poder del dinero a través de la publicidad.¹⁹⁹ Los jóvenes consumen, pero también han sido considerados como sujetos de consumo, como un artículo más en el mercado; las marcas de ropa para adolescentes, música, accesorios, bebidas, literatura, cine, toda la mercancía dirigida a este grupo tiene eco en otros grupos como los niños, lo que provoca que quieran llegar más rápido a la adolescencia, también influye en los adultos que desean retener la juventud a costa de lo que sea.²⁰⁰

Por otro lado, en la escuela los adolescentes adquieren diversos aprendizajes no sólo académicos sino sociales y relacionales, de acuerdo con Margarita Rivera, “el sistema educativo es el primer filtro donde se induce al olvido del cuerpo, la inconformidad y las necesidades de posesión, así como a la aparición de resentimientos y miedos en torno a sí mismo y a la interrelación de su contexto”,²⁰¹ por esta razón considero que los adolescentes deben de contar con una guía que los apoye en esta etapa tan complicada.

Como ya expuse, diversos factores influyen la percepción de los adolescentes sobre el ejercicio de la sexualidad, pero resulta necesario contar con otra fuente que permita una reflexión bioética en el proceso de toma de decisiones, con el objetivo de evidenciar y denunciar las naturalizaciones ilegítimas de algunas creencias y valores impuestos como valores universales por parte de diferentes grupos.²⁰²

Esta nueva fuente serviría como guía para la toma de decisiones y se materializa en educación sexual impartida en las escuelas.

La pertinencia del lugar responde a que, de acuerdo con Gil Domínguez, bajo ningún punto de vista constitucional, los establecimientos educativos están habilitados

¹⁹⁸Cfr. RIVERA Mendoza, Margarita, op cit. p. 19

¹⁹⁹*ibidem* p. 71

²⁰⁰Cfr. RIVERA Mendoza, Margarita, op cit. p. 70

²⁰¹*ibidem* p. 49

²⁰²Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 84

para restringir la información sobre salud reproductiva y enseñar sólo los métodos que coincidan con sus creencias.²⁰³

Si bien es cierto que actualmente las escuelas cuentan con educación sexual, ésta no ha dado los resultados esperados y es objeto de varias críticas, por lo que surge la necesidad de cambiar de estrategia, Paola Bergalo propone que se implementen campañas más innovadoras desarrolladas por diversas instituciones, entre ellas las escuelas, organizaciones comunitarias y medios, estas campañas deberían fomentar las capacidades para la toma de decisiones durante la adolescencia, alentar a los hombres a ser responsables en las relaciones sexuales y promover que los adolescentes desarrollen la habilidad de resistir las presiones de una relación sexual no consentida o un embarazo no planeado ni deseado.²⁰⁴

Respecto a esta propuesta considero que sí es necesario integrar a distintos actores como organismos de salud, educativos, organizaciones de la sociedad civil y grupos juveniles, pero el lugar en que se impartiría esta educación sería principalmente en las escuelas.

El enfoque de la educación sexual que propongo va encaminado en el mismo sentido que lo mencionado por Paola Bergalo pues se basa en el principio de libertad de decisión, no pretende imponer una manera de actuar, sino por el contrario, favorecerá la reflexión de los temas y con ello permitirá la toma de decisiones basada en la información científica.

La educación sexual debe ser entendida como un ejercicio y una práctica de libertad, pero al mismo tiempo debe favorecer el ejercicio de la responsabilidad para asumir los riesgos que conlleva; por ello es indispensable no subestimar a la población y no asumir responsabilidades diferentes de los propios espacios de decisión.²⁰⁵

El método que considero más adecuado para brindar una educación es a través de la consejería en salud sexual y reproductiva que puede realizarse no solo en las escuelas sino también en los centros de salud, la consejería

es un proceso de diálogo activo entre quien orienta y quien solicita la prestación en un marco de respeto a sus derechos, privacidad y confidencialidad. La sexualidad humana es un proceso de construcción gradual que integra elementos biológicos, sociológicos y culturales, mediante el cual cada persona incorpora y elabora un conjunto de pautas, expectativas, conocimientos, creencias, valores, normas y actitudes que regulan el ejercicio de dicha sexualidad. En este proceso continuo de construcción se pueden diferenciar dos aspectos básicos:

- a) todo lo relacionado con la información y el conocimiento sobre lo sexual y
- b) factores externos que inciden en las actitudes y las prácticas.²⁰⁶

Para ser consejero se proponen las siguientes características:

²⁰³Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 125

²⁰⁴Cfr. BERGALO Paola (comp.), op. cit. p. 101

²⁰⁵Cfr. ORTIZ-ORTEGA Adriana (comp.) op. cit. p. 179

²⁰⁶ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 109

- Evitar una connotación paternalista o autoritaria, ya sea encubierta o manifiesta.
- Tener en cuenta que asesorar u orientar implica ofrecer un máximo de posibilidades de elección, sobre la base de informaciones fidedignas y no tendenciosas.
- Respetar al otro/a como ser humano que opina, cree, disiente, acuerda y que cuenta con información propia.
- La actitud de los consejeros debe ser flexible y tolerante, debe ser capaz de adaptarse al cambio y tener un amplio criterio frente a las diversidades sociales.²⁰⁷

La implementación de la consejería sexual y reproductiva en el sector educativo es una propuesta bastante utópica, ya que no habría personal suficiente para atender a cada alumno de manera personal, sin embargo, los planteles deberán contar con al menos un consejero para atender personalmente a los alumnos que, a consideración de los docentes o a petición de los propios alumnos, deban recibir la atención personalizada.

Además, los planes educativos deberán desarrollar un programa que permita a los adolescentes reflexionar sobre los temas relacionados con la sexualidad, el texto de estos planes debe, en la manera de lo posible, cumplir con los principios mencionados.

La consejería sexual y reproductiva si puede implementarse en el sector salud ya que la atención al paciente se realiza de manera personal, dentro de la promoción de la salud debe contemplarse la obtención de información y asesoría que permita el cuidado de la salud, a través de un proceso de aprendizaje en el ejercicio de la libertad en ámbitos como la sexualidad y la reproducción.²⁰⁸

En el acto médico, la bioética tiene tres factores esenciales para un sano equilibrio entre los poderes en la relación, los cuales deben ser ponderados en cada situación concreta, estos principios normativos son: beneficencia, autonomía y justicia; el médico actúa guiado por el primero, el paciente por el segundo y la sociedad por el último.²⁰⁹

En materia de salud, Julio Frenk, hace referencia a tres razones por las que el acceso al conocimiento es de suma importancia:

1. [El conocimiento] puede ser traducido en nuevas y mejores tecnologías aplicadas a medicamentos, vacunas y diagnóstico médico que es el mejor mecanismo para mejorar la salud.
2. El conocimiento es internalizado por los individuos que lo utilizan para estructurar su comportamiento diario en aspectos clave como la higiene personal; los hábitos alimenticios, la sexualidad, y la crianza de los niños, de ahí que el conocimiento pueda influir en la modificación de estilos de vida a fin de coadyuvar con la salud propia. El poder del conocimiento también permite a los individuos comportarse como ciudadanos conscientes e informados de sus derechos.
3. El conocimiento da un fundamento científico esencial en el diseño y en la toma de decisiones públicas en materia de salud.²¹⁰

²⁰⁷ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 110

²⁰⁸Cfr. ORTIZ-ORTEGA Adriana (comp.), op. cit. p. 159

²⁰⁹Cfr. SILVA García Fernando (coord.), op. cit. p. 231

²¹⁰*ibidem* p. 714

Para la difusión de los conocimientos sobre sexualidad y reproducción en el sector educativo y de salud, de acuerdo con Mirkin Sebastián, se debe tomar en cuenta dos perspectivas: la biomédica y la cultural. Estas posturas deben retroalimentarse para obtener una visión más amplia, puedan ser comprendidas en el contexto social y cultural y se puedan plantear nuevas alternativas. En este mismo sentido, los métodos anticonceptivos sugeridos deben adaptarse a las diferentes etapas de la vida reproductiva y reconocer las necesidades de cada persona (étnico-socio-culturales y religiosas).²¹¹

C. ENCUENTRO ENTRE AMBAS POSTURAS

Debido a la presente confrontación entre los dictámenes de los grupos conservadores y la vida cotidiana en donde la sexualidad se expresa de diferentes maneras, es común que los niños y jóvenes se encuentren desorientados.

Muchos de los argumentos en contra de la educación sexual relacionan la información sobre sexualidad con libertinaje, estas personas califican a los niños como “inocentes”, pero indudablemente estos niños crecerán y deberán asumir las consecuencias de la falta de información sexual.²¹² Resulta necesaria una postura contraria que promueva la educación sexual, Hossam Bahgat y Wesal Afifi la calificarían como un discurso progresista sobre sexualidad que les brindará las herramientas necesarias para defender sus elecciones individuales y sus mecanismos de defensa.²¹³

La importancia de la educación sexual como herramienta para los niños, jóvenes y población en general radica en que, como menciona Marcela Martínez Roaro, la deficiente o nula enseñanza sobre historia, matemáticas o gramática no impacta de manera profunda o trascendente, como sí lo hace la insuficiente o inadecuada enseñanza de la sexualidad; la educación formal y profesionalizada de la sexualidad puede contribuir a evitar matrimonios prematuros, embarazos en la adolescencia, afectaciones a la salud sexual y reproductiva como lesiones y muertes por aborto, violencia sexual o agresiones por razones de género, entre otros.²¹⁴

El no brindar educación sexual por parte del Estado se estaría imposibilitando el ejercicio del artículo 4to constitucional, en razón de que se establece la obligación de que las decisiones respecto a la procreación sean informadas.

Al respecto Elena Fierro y Pablo Abreu mencionan que al señalar que debe ser de manera libre, significa que no se trata de un control natal impuesto, sino que en cada caso es decisión de cada pareja, y por qué no decir, de cada persona, sin la intervención

²¹¹Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p. 88

²¹²Cfr. HERNÁNDEZ Haddad, Vicenta, op. cit. p. 1

²¹³Cfr. PARKER Richard, op. cit. p. 60

²¹⁴ Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. p. 271

ni de parientes, amigos, ni órganos gubernamentales u organizaciones religiosas que alteren la decisión.²¹⁵

Como lo mencionó el Sr. Magistrado Stewart: en el ámbito de la política social, creo que la asesoría profesional sobre métodos de control natal debería ser accesible para todos, de tal suerte que cada quien pudiera elegir el que más le conviniera.²¹⁶

Luis G. Blanco afirma que el respeto a la decisión personal debe prevalecer frente a todo intento de manipulación y de imposición por parte de cualquier autoridad²¹⁷, por lo que la falta de educación en sexualidad permitiría la manipulación o imposición de posturas específicas sobre procreación y sexualidad, incluso en contra del plan de vida y deseos de las personas.

²¹⁵ FIERRO Ferráez Ana Elena y Abreu Sacramento José Pablo, *Derechos humanos, derechos fundamentales y garantías individuales*, México, Oxford University Press México, 2012 p. 254

²¹⁶ SILVA García Fernando (coord.), *op. cit.* p. 206

²¹⁷ *ibidem* p. 230

CAPÍTULO II. EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS.

Este capítulo estará dedicado a la descripción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en México y a nivel mundial, desde el ámbito gubernamental y privado.

Desde el fundamento jurídico con la presentación de los tratados internacionales y sus respectivos comentarios y avances, y la legislación federal mexicana (Constitución, leyes generales y sus reglamentos y normas oficiales mexicanas). Hasta los planes y programas del Plan Nacional de Desarrollo 2021-2024, mencionando las instituciones y documentos vigentes relacionados con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Además, analizaré los contenidos de los planes y programas de estudio vigentes de acuerdo con la Secretaría de Educación Pública respecto a la educación sexual.

Por último, expondré el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil respecto a los derechos sexuales y reproductivos.

2.1 LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN EL MUNDO

A. TRATADOS INTERNACIONALES

A continuación resaltaré los aspectos que considero importantes respecto a los tratados internacionales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos.

Declaración Universal de los Derechos Humanos²¹⁸

En la historia de los derechos humanos, existe un antes y un después de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, pues este documento marcó un hito. Se elaboró por representantes de diferentes países con antecedentes jurídicos y culturales distintos, y fue proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

La Declaración consta de 30 artículos, de entre los que se pueden destacar los siguientes, relacionados con los derechos sexuales y reproductivos:

De acuerdo con el artículo 12 nadie podrá ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Por lo tanto, no se puede atacar la honra o reputación de ninguna persona en el ejercicio de su sexualidad, por ejemplo, por el número de parejas sexuales o lo relacionado con la virginidad de las mujeres.

El artículo 16 habla sobre el matrimonio y la protección de la familia por parte del Estado como elemento natural y fundamental de la sociedad.

Entre los más importantes se encuentra el artículo 25 que establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a sí misma y a su

²¹⁸ Organización de las Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, disponible en https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

familia salud y bienestar, asistencia médica, entre otros. En este rubro se puede encontrar el derecho a la salud sexual y reproductiva y el acceso a los servicios médicos relacionados con ella. También establece que:

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Por último, en el artículo 26 se encuentra el derecho a la educación, la cual debe ser gratuita y obligatoria en el caso de la instrucción básica. De acuerdo con este artículo, la educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; entre otros. Este derecho resulta fundamental para el desarrollo sexual y reproductivo de las personas debido a que a través de la educación sexual y reproductiva se podrán conocer los derechos y libertades relacionadas.

Convención sobre los Derechos del Niño²¹⁹

Esta convención fue adoptada y abierta a firma y ratificación por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y entró en vigor el 2 de septiembre de 1990. México la suscribió en septiembre de 1989 y el 19 de junio de 1990 el Senado de la República Mexicana ratificó este convenio.

Se considera la primera ley internacional sobre los derechos de los niños y las niñas que, para efectos de la Convención, son todos los seres humanos menores de dieciocho años.

El artículo 17 menciona la función de los medios de comunicación, al respecto establece que velarán por que el niño tenga acceso a información y material que tengan la finalidad de promover su bienestar social, espiritual y moral, y su salud física y mental. En este sentido, los incisos a) y c) señalan que los Estados Parte alentarán la producción y difusión de libros para niños y alentarán a los medios de comunicación a difundir información y materiales de conformidad con el espíritu del artículo 29, el cual habla sobre la educación del niño y sus características.

Por otro lado, el artículo 19 señala que los Estados Parte deben adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas necesarias para proteger al niño de cualquier perjuicio o abuso físico o mental, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.

Las medidas de protección deberán comprender procedimientos eficaces para establecer programas que tengan el objetivo de asistir a los niños y a quienes cuidan de ellos, formas de prevención, identificación, remisión a una institución, investigación, observación, entre otros.

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud está contemplado en el artículo 24. En específico, el inciso d) señala que los Estados Parte adoptarán las

²¹⁹ Organización de las Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, disponible en <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx> última revisión el 27 de mayo de 2022

medidas apropiadas para asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres y el inciso f) medidas apropiadas para desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

Este mismo artículo menciona que los Estados Parte adoptarán las medidas eficaces y apropiadas para abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños.

Por otro lado, el artículo 28 establece el derecho a la educación, a manera de complemento el artículo 29 señala que la educación deberá estar encaminada a: desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades; preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena; entre otros.

Por último, en el artículo 34 los Estados Parte se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Parte tomarán todas las medidas necesarias para impedir:

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
- b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;
- c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

De la lectura del inciso a) se puede inferir que existen actividades sexuales legales a las cuales pueden acceder los niños, al respecto habrá que definir cuáles son esas actividades.

Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales²²⁰

Fue aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 y de acuerdo con su artículo 27, entró en vigor el 3 de enero de 1976. México se adhirió a él en marzo de 1981 y entró en vigor el 12 de mayo de 1981.

El Pacto desarrolla el contenido de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y establece que el ideal del ser humano libre no puede ser realizado sin que se creen las condiciones que permitan que toda persona goce de los derechos económicos, sociales y culturales, así como de los derechos civiles y políticos.

En su artículo 3 establece que los Estados Parte se comprometen a asegurar que hombres y mujeres gocen de los derechos enunciados en el Pacto en igualdad. Al respecto, la Observación General No. 16: La igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales²²¹, menciona en su párrafo

²²⁰ Organización de las Naciones Unidas, Pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, 1966, disponible <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> última revisión el 27 de mayo de 2022

²²¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Organización de las Naciones Unidas, Observación General No. 16: La igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, disponible en

29 que de la lectura sistemática de éste artículo y el artículo 12 (derecho a la salud), los Estados deben eliminar los obstáculos que impiden que hombres y mujeres tengan igualdad de acceso a los servicios de salud pública, incluyendo la eliminación de las restricciones legales en materia de salud reproductiva, la prohibición de la mutilación genital femenina y la formación adecuada del personal que se ocupa de los problemas de salud de la mujer.

En el artículo 10 se habla sobre la protección de la familia, la protección y asistencia en favor de los niños y adolescentes y la protección de las madres antes y después del parto.

El artículo 13 establece el derecho a la educación y especifica que la educación debe fortalecer el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales, asimismo debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad. Este último punto es importante para contemplar que la educación sexual debe abordar temas como el respeto a la diversidad y la no violencia.

El inciso b) del artículo 15 establece que toda persona tiene derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones. Esto es importante para los derechos sexuales y reproductivos sobre todo en lo relacionado a la salud reproductiva respecto a métodos de control de la natalidad, así como procedimientos de reproducción asistida.

En el artículo 12 los Estados Parte reconocen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Para asegurar la plena efectividad de este derecho, se deberán adoptar las medidas necesarias que, entre otros objetivos, deberá reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; prevenir y tratar las enfermedades epidémicas y de otra índole y; crear condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Respecto a este artículo el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales emitió la Observación General Número 14 "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"²²²

En el párrafo 11 de este documento el Comité establece lo siguiente:

El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como (...) acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, en el párrafo 14 se especifica que "la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños" se puede interpretar como el

https://confdts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14 última revisión el 27 de mayo de 2022

²²² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Organización de las Naciones Unidas, Observación General No.14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de Salud, 2000, disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451> última revisión el 27 de mayo de 2022

deber de adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluyendo el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información.

De igual forma, el párrafo 16 menciona que la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas y de otra índole exige que se establezcan programas de prevención y educación para atender los problemas de salud relacionados con las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH-SIDA, y las que afectan de manera negativa a la salud sexual y genésica.

El párrafo 21 hace mención sobre la protección especial de las mujeres, con el objetivo de reducir los riesgos que afectan la salud de las mujeres, en particular, la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección contra la violencia en el hogar. Se propone adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le niegan sus derechos genésicos.

En el párrafo 23 se habla sobre los adolescentes y el deber de los Estados de proporcionarles un entorno seguro que les permitan tomar decisiones respecto a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y participar en los asuntos que afectan a su salud; así como el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

El párrafo 35 establece que las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología.

Por último, el párrafo 35 puntualiza que respecto a la obligación de cumplir, los Estados partes deben reconocer el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos, de preferencia a través de la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud que esté acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. También menciona las obligaciones de fomentar las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, la organización de campañas de información respecto a temas como el VIH-SIDA, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, entre otros.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer²²³

²²³ Organización de las Naciones Unidas, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979, disponible en <https://www2.unwomen.org/>

Fue adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979 y entró en vigor el 3 de septiembre de 1981 de acuerdo con su artículo 27. México firmó la convención en 1980 y la ratificó el 23 de marzo de 1981.

Esta Convención es considerada como la carta internacional de los derechos de la mujer y es el segundo instrumento internacional más ratificado por los miembros de la ONU (después de la Convención sobre los Derechos de la Niñez).

El artículo 5 establece la que los Estados Parte deberán tomar todas las medidas apropiadas para:

a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres;

b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.

Respecto al tema de la educación y las medidas que deben adoptar los Estados para asegurar la igualdad, el inciso c) del artículo 10 especifica que los estados deberán eliminar en todas las formas de enseñanza todo concepto estereotipado sobre el papel de hombres y mujeres, a través del estímulo de la educación mixta y, en particular mediante la modificación de los libros y programas especiales y la adaptación de los métodos en enseñanza. Asimismo, en el inciso h) se menciona el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia.

De conformidad con el artículo 11, los Estados Parte deberán asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos, en particular, el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.

El artículo 12 aborda el tema de la atención médica con el fin de asegurar el acceso a los servicios médicos incluyendo los servicios de planificación de la familia. En el apartado 2 de este artículo se menciona que los Estados deberán 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.

Por otro lado, en el artículo 14 se habla sobre la protección de las mujeres en zonas rurales, los Estados Parte deberán asegurar el derecho a participar en la elaboración y ejecución de los planes de desarrollo a todos los niveles; tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.

Por último, el artículo 16 establece que los Estados asegurarán, entre otros, los mismos derechos, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres a:

Contraer matrimonio; decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos; los mismos derechos y responsabilidades como progenitores, cualquiera que sea su estado civil, en materias relacionadas con sus hijos.

En 1999 se emitió la Recomendación General sobre la salud de las mujeres N. 24²²⁴, cuyo párrafo 45 establece la necesidad de asegurar una atención de salud accesible a todas las mujeres de edad mediante la capacitación de trabajadores del sector de la salud en enfermedades geriátricas, el suministro de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y no transmisibles relacionadas con el envejecimiento, la atención médica y social a largo plazo, incluida la atención que permite llevar una vida independiente, y cuidados paliativos. Considero que esta recomendación contempla un tema muy poco tratado respecto a los derechos sexuales y reproductivos como es la menopausia, pues se ha hablado más sobre el inicio y el ejercicio de la capacidad reproductiva pero no sobre el cese de ella.

Por otro lado, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer emitió el 25 de julio de 2018, las observaciones finales sobre el noveno informe periódico realizado por México.²²⁵

En el párrafo 11 el Comité manifiesta que, respecto al caso mexicano, le preocupa la persistencia de las disposiciones discriminatorias por motivos de sexo en la legislación y la falta de armonización entre los códigos civiles y penales de los estados impidan la aplicación efectiva de la Convención y la legislación nacional sobre la igualdad de género. Por esta razón, en el párrafo 12, recomienda que se reforme el artículo 73 de la Constitución para que el Congreso pueda aprobar un código penal nacional que regule todos los asuntos penales, con inclusión de todos los delitos y sanciones, o establecer una base mínima que garantice plenamente los derechos de las mujeres mediante una ley penal general.

Por otro lado, en el párrafo 37 se hace mención sobre el problema educativo de las mujeres, y menciona en específico la preocupación por la insuficiencia de los recursos financieros y humanos dedicados a poner en práctica la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en todos los estados, lo que puede impedir que las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes se reintegren en el sistema educativo. También sobre la implementación insuficiente y desigual de programas de

²²⁴ Organización de las Naciones Unidas, Recomendación General sobre la salud de las mujeres No. 24, 1999, disponible en <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2011/convenci%C3%B3n%20pdf.pdf?la=es> última revisión el 27 de mayo de 2022

²²⁵ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Organización de las Naciones Unidas, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México, 2018, disponible en https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2018-11/observaciones_finales.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

estudios sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en todos los estados; y la falta de mecanismos eficaces de prevención, sanción y erradicación de los abusos y el acoso sexuales y otras formas de violencia en las escuelas.

Al respecto, el Comité recomienda se garanticen los recursos humanos y financieros suficientes para la aplicación plena de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y fortalezca los mecanismos de apoyo para alentar a las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes a proseguir sus estudios durante el embarazo y después del parto, informándoles sus derechos. Sobre este tema, considero importante resaltar la siguiente recomendación hecha por el comité y contemplada en el inciso d) del párrafo 38:

d) Garantice una educación sexual integral para niñas y niños, apropiada en función de la edad, con base empírica y científicamente correcta.

Por último, en el párrafo 41 el Comité realiza observaciones sobre la salud y el acceso al aborto y resalta su preocupación por la falta de coherencia entre los códigos penales de los estados que obstaculizan la aplicación de la Ley General de Víctimas y la NOM-046-SSA2-2005; las disposiciones de las leyes penales estatales restringen el acceso al aborto legal, poniendo en riesgo la vida y salud de mujeres y niñas; y también se preocupa por las denuncias de esterilización forzada y el acceso limitado a los servicios de salud reproductiva, sobre todo de las mujeres y niñas con discapacidades.

Por estos y otros motivos, en el párrafo 42 recomienda que México:

a) Ponga mayor empeño en acelerar la armonización de las leyes y los protocolos federales y estatales sobre el aborto para garantizar el acceso al aborto legal y, aunque no haya sido legalizado, a los servicios de atención posterior al aborto;

b) Armonice las leyes federales y estatales pertinentes con la Ley General de Víctimas y la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SS2-2005, sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, e informe y capacite adecuadamente al personal médico para que pueda ofrecer atención especializada a las mujeres y las niñas víctimas de violencia sexual, lo que comprende la prestación de servicios esenciales de anticoncepción de emergencia y aborto;

c) Elabore los protocolos necesarios para poner en práctica las modificaciones de la Ley General de Salud, que permiten la objeción de conciencia mientras no ponga en peligro la vida de la madre y no impida que las mujeres y las niñas accedan al aborto legal, y vele por que, en esos casos, las mujeres y las niñas sean derivadas a un profesional adecuado;

d) Armonice las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y garantice el acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las mujeres víctimas de la violencia obstétrica;

e) Reduzca la incidencia de la mortalidad materna, en particular mediante la colaboración con las parteras tradicionales y la capacitación de los profesionales sanitarios, especialmente en las zonas rurales, velando por que todos los partos cuenten con la asistencia de personal sanitario especializado;

f) Vele por que el personal médico solicite el consentimiento plenamente informado antes de realizar esterilizaciones, que se sancione a los profesionales que realicen esterilizaciones, sin dicho consentimiento, y que se ofrezcan reparaciones e indemnizaciones monetarias a las mujeres víctimas de esterilizaciones no consentidas.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre²²⁶

Esta Declaración es un documento regional para el continente americano y fue aprobada en la novena Conferencia Internacional Americana celebrada en Bogotá, Colombia en 1948.

El artículo 6 contempla el derecho a la constitución y a la protección de la familia como elemento fundamental de la sociedad.

El artículo 7 protege la maternidad y la infancia y establece que todo niño y toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.

En el artículo 11 establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

El artículo 12 habla sobre el derecho a la educación, la cual debe estar inspirada en los principios de libertad, moralidad y solidaridad humanas.

Por último, en el capítulo segundo de la Declaración se establecen los deberes y el artículo 29 menciona que toda persona tiene el deber de convivir con las demás de manera que todas y cada una puedan formar y desenvolver integralmente su personalidad. En relación con el tema que nos ocupa, este deber es aplicable a las expresiones de personalidad relativas a la orientación sexual de las personas.

Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José)²²⁷

Es también llamada Pacto de San José pues fue adoptada en la Ciudad de San José, Costa Rica el 22 de noviembre de 1969; entró en vigor el 18 de julio de 1978 y el Estado Mexicano la ratificó el 2 de marzo de 1981.

El artículo 4 establece que “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción”. México emitió una declaración interpretativa respecto a que la expresión

²²⁶ Organización de Estados Americanos, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948, disponible en https://www.oas.org/dil/esp/Declaraci%C3%B3n_Americana_de_los_Derechos_y_Deberes_del_Hombre_1948.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

²²⁷ Organización de Estados Americanos, Convención Americana de Derechos Humanos, 1969, disponible en https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

"en general" usada en el párrafo no constituye obligación de adoptar o mantener en vigor legislación que proteja la vida "a partir del momento de la concepción", ya que esta materia pertenece al dominio reservado de los Estados.

Por otro lado, el artículo 11 protege la honra y la dignidad, dicta que nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación.

El artículo 12 habla sobre la libertad de conciencia y de religión y especifica que esta libertad se encuentra sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley y que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos o libertades de los demás.

La protección a la familia está contemplada en el artículo 17, considerada el elemento natural y fundamental de la sociedad.

Se reconoce el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si cumplen con las condiciones requeridas por las leyes internas, siempre que no afecten al principio de no discriminación establecido en la Convención.

Además, establece que los Estados Parte deben 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. Esta aseveración da pauta para hablar sobre paternidad responsable.

Por último, el capítulo V hace mención de los deberes de las personas y el artículo 32 dicta que las personas tienen deberes para con la familia, la comunidad y la humanidad y que los derechos de cada persona están limitados por los derechos de los demás.

El 17 de noviembre de 1988 se adoptó el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mejor conocido como "Protocolo de San Salvador"²²⁸. Este documento fue aprobado por la Cámara de Senadores el 12 de diciembre de 1995 y se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el 1 de septiembre de 1998.

El artículo 10 de dicho protocolo se refiere al derecho a la salud y con el objetivo de hacer efectivo este derecho los Estados Parte se comprometen a adoptar las siguientes medidas:

- a. La atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

²²⁸ Organización de los Estados Americanos, Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1988, disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI2.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Por otro lado, el derecho a la educación está contemplado en el artículo 13, la cual deberá orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad y deberá fortalecer el respeto por los derechos humanos, el pluralismo ideológico, las libertades fundamentales, la justicia y la paz.

Por último, el derecho a la constitución y protección de la familia está consagrado en el artículo 15, que establece que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por el Estado quien deberá velar por el mejoramiento de su situación moral y material.

A través del Protocolo los Estados se comprometen a brindar una adecuada protección a la familiar y en especial a:

a. Conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto;

b. Garantizar a los niños una adecuada alimentación, tanto en la época de lactancia como durante la edad escolar;

c. Adoptar medidas especiales de protección de los adolescentes a fin de garantizar la plena maduración de sus capacidades física, intelectual y moral;

d. Ejecutar programas especiales de formación familiar a fin de contribuir a la creación de un ambiente estable y positivo en el cual los niños perciban y desarrollen los valores de comprensión, solidaridad, respeto y responsabilidad.

Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos²²⁹

Fue adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 23 de marzo de 1976. En México, el Senado de la República lo aprobó el 18 de diciembre de 1980 y entró en vigor el 23 de junio de 1981.

El artículo 17 establece que nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia o su domicilio, ni de ataques ilegales contra su honra o reputación.

Respecto a la libertad de religión, está contemplada en el artículo 18, siempre y cuando se respeten las limitaciones legales necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

Por otro lado, en el artículo 23 se establece que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

²²⁹ Organización de las Naciones Unidas, Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, 1966, disponible en <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx#:~:text=Art%C3%ADculo%209&text=Todo%20individo%20tiene%20derecho%20a,al%20procedimiento%20establecido%20en%20%C3%A9sta> última revisión el 27 de mayo de 2022

Y reconoce el derecho del hombre y de la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia “si tienen edad para ello”.

También establece que los Estados Parte deben tomar las medidas apropiadas para asegurar la igualdad de derechos y de responsabilidades de ambos esposos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del mismo.

Por último, el artículo 26 habla sobre el derecho a la no discriminación y a la igualdad ante la ley, la cual debe prohibir toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social; esto incluye la orientación sexual.

Declaración de Alma-Ata²³⁰

Con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, la comunidad internacional se reunió en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, con el objetivo de sentar las bases de una buena salud para todos con miras al año 2000.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se llevó a cabo en Alma-Ata, URSS, en septiembre de 1978.

Consideraron una necesidad de acción urgente por parte de todos los gobiernos, el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, por lo que realizaron la Declaración de Alma Ata, la cual se convirtió en uno de los documentos más relevantes en la historia de la Organización Mundial de la Salud.

El apartado I define el concepto de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

En el apartado IV se establece que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

La atención primaria de salud se define en el apartado VI como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Además, forma parte tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Complementando lo anterior, el apartado VII establece que la atención primaria de salud comprende al menos:

²³⁰ Organización de las Naciones Unidas, Declaración de Alma Ata, 1978, disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

- La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes;
- La asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia;
- La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- La prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;
- El suministro de medicamentos esenciales.

También establece que la atención primaria de salud implica la participación no solo del sector sanitario sino de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, por ejemplo, la industria, la educación, las obras públicas, las comunicaciones, etcétera.

Además de la coordinación de diferentes sectores, exige y fomenta la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud.

Por último, se basa en personal de salud, con inclusión (según proceda) de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico.

A pesar de los avances contenidos en la Declaración de Alma-Ata, a la fecha no se han alcanzado las metas propuestas.

Con motivo de los 40 años de la Declaración, el 11 y 12 de diciembre de 2017 la Organización Panamericana de la Salud convocó el Foro Regional “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. En este evento se creó la Comisión de Alto Nivel “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”, presidida por la Dra. Michelle Bachelet y el Embajador Sr. Néstor Méndez, y conformada por un grupo interdisciplinario de expertos regionales, representantes de la comunidad, la academia y actores políticos.

El objetivo de la Comisión fue elaborar recomendaciones que permitieran hacer efectivo el derecho a la salud de las personas, entendido como un derecho humano fundamental, a partir del análisis de los avances y los desafíos que tienen los sistemas de salud en la Región de las Américas.

En 2019 se emitió el Informe de la Comisión de Alto Nivel “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”²³¹, el cual contiene recomendaciones para orientar el quehacer de la Organización Panamericana de la Salud en el liderazgo de procesos regionales cuyo fin sea hacer efectivo el derecho a la salud como derecho humano fundamental, además de apoyar a los países en este tema.

El argumento principal de esta propuesta es que el derecho a la salud es un derecho fundamental y que el Estado tiene la responsabilidad ineludible de hacer efectivo

²³¹ Comisión de Alto Nivel, Organización de las Naciones Unidas, Informe Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata, Washington D.C., 2019, disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y última revisión el 27 de mayo de 2022

su goce. Esta premisa articula tres ejes: los modelos de atención con intervenciones intersectoriales, los procesos políticos e institucionales y los recursos fundamentales.

El documento enuncia 10 recomendaciones, de las que destacan:

Recomendación 1: Asegurar un modelo institucional del Estado que le permita cumplir con su responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de la población en el marco de los derechos humanos. Establece que una de las acciones a realizar es desarrollar los marcos jurídicos y normativos necesarios para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud para todas y todos.

Recomendación 3: Generar mecanismos de participación social real, profunda, inclusiva y accesible, con perspectiva de diversidad (intercultural y funcional) para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud. Cuyas acciones comprenden:

- Diseñar e implementar marcos legales que promuevan la participación y la representatividad, con mecanismos basados en la comunidad.
- Generar mecanismos que vinculen las recomendaciones surgidas en los espacios de participación social con los procesos de toma de decisiones en salud.
- Desarrollar mecanismos de formación y comunicación para los miembros de las organizaciones sociales con el fin de fortalecer su participación.

Recomendación 6: Abordar los procesos de determinación social a través de intervenciones intersectoriales de salud que promuevan cambios sustantivos sobre las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e infraestructuras básicas de la población en un territorio. Para ello se deberán llevar a cabo acciones intersectoriales que reconozcan las diversas culturas y tradiciones, que aborden las desigualdades y que incluyan políticas de educación, vivienda y empleo.

Recomendación 8: Valorar los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la Atención Primaria de Salud. Las acciones que comprende esta recomendación son:

- Diseñar e implementar políticas de recursos humanos dirigidas a asegurar la dotación y competencias del personal de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población, y facilitar su involucramiento en los procesos de transformación del sistema de salud en base a un modelo de Atención Primaria de Salud.
- Fortalecer los mecanismos de articulación entre el sector educativo y el de salud con el fin de desarrollar una política de formación de los recursos humanos en salud con enfoque de Atención Primaria de Salud. Dicha política debe incluir la participación de las universidades y de otros centros de enseñanza.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994²³²

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se llevó a cabo en El Cairo, Egipto del 5 al 13 de septiembre de 1994.

²³² Organización de las Naciones Unidas, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

A la par de la CIPD se realizó el Foro 94 organizado por el Comité de Planificación de las Organizaciones no Gubernamentales de la Conferencia, donde participaron más de 4200 personas particulares y representantes de 1500 organizaciones no gubernamentales de 133 países interesadas en la población, la habilitación de la mujer, la protección del medio ambiente, los derechos humanos, el desarrollo y la salud, las cuales intercambiaron experiencias y puntos de vista sobre los temas relacionados con la Conferencia.

La CIPD aprobó su Programa de Acción, documento de suma importancia para los derechos sexuales y reproductivos; el evento llevó a cabo debates sobre las experiencias en materia de estrategias y programas de población y desarrollo.

En su quinta sesión, celebrada el 12 de septiembre, la Comisión Principal aprobó el texto del capítulo VII Derechos reproductivos y salud reproductiva del proyecto de programa de acción.

El tema generó gran polémica y fueron varios los países que formularon observaciones o expresaron reservas con respecto a este capítulo. La mayoría de estas observaciones eran respecto a la no aceptación del aborto como medio de regulación de la fecundidad o de control poblacional y la no aceptación de parejas homosexuales como un tipo de familia o como sujetos de derechos sexuales o reproductivos. Dos son las observaciones que resumen las posturas tomadas y que considero importantes transcribir para visualizar los argumentos y formas de pensamiento:

1. La delegación de la Jamahiriya Árabe Libia desea expresar su reserva respecto de todas las expresiones del documento que están en contravención con la ley cherámica (...) A pesar del debate que tuvo lugar en la Comisión Principal sobre los derechos fundamentales de las parejas y los individuos, deseo expresar una reserva. Expresamos nuestra reserva en cuanto a la palabra "individuos". La Jamahiriya reitera, como parte de la civilización árabe, la importancia del diálogo entre todas las religiones, las culturas y los pueblos a fin de alcanzar la paz mundial; no obstante, ningún país ni ninguna civilización tienen derecho a imponer sus orientaciones políticas, económicas y sociales a ningún otro pueblo. También deseo expresar una reserva sobre las palabras "embarazos no deseados" que figuran en el párrafo 8.25, puesto que nuestra Constitución escrita no permite que se realicen abortos a menos que peligre la salud de la madre.

2. La Santa Sede sostiene que la vida humana comienza en el momento de la concepción y debe ser defendida y protegida (...) A pesar de los muchos aspectos positivos que contienen los capítulos VII y VIII, el texto presentado tiene muchas consecuencias de alcance más amplio, por lo que la Santa Sede ha decidido no sumarse al consenso sobre esos capítulos. Ello no implica que la Santa Sede no apoye el concepto de la salud reproductiva como concepto holístico para la promoción de la salud de los hombres y las mujeres; seguirá trabajando, junto a los demás, en favor del establecimiento de una definición más precisa de ese y otros conceptos. (...) el hecho de

que la Santa Sede se sume al consenso no ha de interpretarse como una modificación de su conocida posición respecto de esos métodos de planificación de la familia, que la Iglesia Católica considera moralmente inaceptables, o respecto de servicios de planificación de la familia que no respetan la libertad de los cónyuges, la dignidad humana ni los derechos humanos de los participantes.

A pesar de las reservas, el Programa de Acción fue aprobado por 179 gobiernos en la 14ª sesión plenaria, el 13 de septiembre de 1994. Este documento significó un punto de inflexión en los temas relacionados con la población y el desarrollo cambiando la atención hacia las necesidades, aspiraciones y derechos de mujeres y hombres.

El programa enuncia ciertos principios a seguir, de los cuales quisiera destacar los siguientes:

Principio 4. Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo.

Principio 8 relativo al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, por lo que los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual.

El Principio 9 establece que la familia es la unidad básica de la sociedad y que tiene derecho a recibir protección, también especifica que existen diversas formas de familia.

Principio 10. Toda persona tiene derecho a la educación, que deberá orientarse hacia el pleno desarrollo de los recursos humanos, de la dignidad humana y del potencial humano, prestando especial atención a las mujeres y las niñas.

El mencionado capítulo VII se divide en cinco apartados:

A. Derechos reproductivos y salud reproductiva

B. Planificación de la familia

C. Enfermedades de transmisión sexual y prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

D. Sexualidad humana y relaciones entre los sexos

E. Los adolescentes

Derechos reproductivos y salud reproductiva

El párrafo 7.2 es de suma importancia, pues en él se define a la 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

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.

También define a la atención de la salud reproductiva 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.

De igual manera, se incluye a la salud sexual, estableciendo que su 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.

Considerando lo anterior, el párrafo 7.3 menciona que los derechos reproductivos involucran derechos humanos ya reconocidos y se basan en el reconocimiento del derecho de todas las parejas e individuos a decir de manera libre (sin coacción, violencia o discriminación) y responsable el número y espaciamiento de sus hijos, a disponer de la información y los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. En ejercicio de estos derechos, las parejas y los individuos deben considerar las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad.

Este mismo párrafo especifica que 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.

También se señalan algunas de las causas por las que muchas personas no tienen acceso a la salud reproductiva, como lo son:

- 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.

Por otro lado, el párrafo 7.5 establece que los objetivos del Programa de Acción respecto a los derechos reproductivos son:

- a) Asegurar el acceso a información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia, que sean accesibles, asequibles y aceptables para todos los usuarios;

b) Propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre métodos libremente elegidos de planificación de la familia, así como sobre otros métodos que puedan elegirse para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y asegurar el acceso a la información, la educación y los medios necesarios;

c) Atender a las necesidades cambiantes en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital, de un modo que respete la diversidad de circunstancias de las comunidades locales.

En el párrafo 7.6 se enuncian los aspectos que debería abarcar la atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud:

- Asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia;

- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno-infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad;

- Interrupción del embarazo, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias;

- Tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e

- Información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable.

Considero importante resaltar que los titulares de los derechos reproductivos no sólo son las mujeres y los adolescentes, sino que son derechos universales y se deben promover en distintos ámbitos, en este sentido, el párrafo 7.8 establece que:

Se deberían elaborar programas innovadores para que todos los adolescentes y los hombres adultos tengan acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva. Esos programas deben educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y de crianza de los hijos y acepte la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Los programas deberían llegar al hombre en su trabajo, en el hogar y en los lugares de esparcimiento. Con el apoyo y la orientación de los padres, y de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño, se debería llegar también a los muchachos y adolescentes en las escuelas, las organizaciones juveniles y los lugares donde se reúnan.

Por último, el párrafo 7.9 indica que los gobiernos deberían promover la participación de la comunidad en los servicios de salud reproductiva, descentralizando la gestión de los programas de salud pública y colaborando con grupos privados de atención de la salud y organizaciones no gubernamentales incluyendo grupos locales de mujeres, sindicatos, cooperativas, programas para los jóvenes y los grupos religiosos.

Planificación de la familia

El propósito de los programas de planificación de la familia se establece en el párrafo 7.12, el cual debe ser permitir que las parejas e individuos decidan de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y obtener la información y medios necesarios para hacerlo. También indica que para obtener éxito a largo plazo en los programas de planificación de la familia es indispensable contar con el principio de la libre elección basada en la información pues asegura que el éxito de los programas de educación sobre cuestiones de población y planificación de la familia en diversas situaciones demuestra que, dondequiera que estén, las personas bien informadas actuarán responsablemente de acuerdo con sus propias necesidades y las de su familia y comunidad.

De acuerdo con el párrafo 7.14, los objetivos del Programa de Acción respecto a la planificación de la familia son los siguientes:

a) Ayudar a las parejas y a las personas a alcanzar sus objetivos de procreación en un marco que favorezca condiciones óptimas de salud, responsabilidad y bienestar de la familia, y que respete la dignidad de todas las personas y su derecho a elegir el número de hijos, su espaciamiento y el momento de su nacimiento;

b) Prevenir los embarazos no deseados y reducir la incidencia de los embarazos de alto riesgo y la morbilidad y mortalidad;

c) Poner servicios de planificación de la familia de buena calidad y aceptables al alcance y disposición de cuantos los necesitan y desean, manteniendo su carácter confidencial;

d) Mejorar la calidad de los servicios de asesoramiento, información, educación y comunicaciones en materia de planificación de la familia;

e) Lograr que los hombres participen más y asuman una mayor responsabilidad práctica en la planificación de la familia; y

f) Promover la lactancia materna para favorecer el espaciamiento de los nacimientos.

Por último, en el párrafo 7.17 se insta a los gobiernos que implementen sistemas de supervisión y evaluación de los servicios orientados hacia el usuario, con el objetivo de detectar, prevenir y controlar abusos por parte de los directores y proveedores de los servicios de planificación de la familia y de asegurar el mejoramiento constante en la calidad de los servicios.

Enfermedades de transmisión sexual y prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

El objetivo del Programa de Acción respecto a este tema es prevenir las enfermedades de transmisión sexual, reducir su incidencia y proceder a su tratamiento, además de prevenir las complicaciones de estas enfermedades como la infertilidad.

De acuerdo con el párrafo 7.30, los programas de salud, especialmente a nivel de atención primaria, deberían intensificar sus esfuerzos en cuestiones como prevención,

diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y enfermedades del aparato reproductivo.

Por último, el párrafo 7.32 establece que la información, educación y orientación sobre una conducta sexual responsable y sobre la prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, deberían formar parte de todos los servicios de atención de la salud reproductiva.

Sexualidad humana y relaciones entre los sexos

La salud sexual y reproductiva tiene una estrecha relación con la sexualidad humana y las relaciones entre los sexos, en este sentido, el párrafo 7.34 menciona que la relación de igualdad entre hombres y mujeres en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación, incluido el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano exige el respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad personal de las consecuencias de la conducta sexual.

De acuerdo con el párrafo 7.36, los objetivos del Programa de Acción respecto a la sexualidad humana y las relaciones entre los sexos son:

a) Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos y contribuya a mejorar la calidad de la vida de las personas;

b) Velar por que el hombre y la mujer tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus derechos y responsabilidades en lo tocante a la procreación.

Se establece que se deberían realizar actividades y servicios sobre educación sexual integrada y hacer hincapié en temas como la responsabilidad de los varones respecto a su salud sexual y su fecundidad, ayudándoles a ejercer responsabilidad sobre estas. Estas actividades comenzarían en la unidad familiar, la comunidad y las escuelas, de igual manera deberán llegar a los adultos, en especial a los hombres por medio de la enseñanza no académica y a través de actividades en la comunidad.

El final del párrafo 7.39 establece que deberían promulgarse cuando no existan, difundirse en forma explícita, reforzarse y aplicarse leyes encaminadas para hacer frente a esos problemas, y deberían proporcionarse servicios apropiados de rehabilitación.

Los adolescentes

El último apartado se dedica a los adolescentes y se afirma que los programas para adolescentes tienen una eficacia máxima cuando consiguen su plena participación en la definición de sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva y en la elaboración de programas que respondan a esas necesidades.

Los objetivos del Programa de Acción respecto a este grupo poblacional son:

a) Abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia

voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad; y

b) Reducir sustancialmente todos los embarazos de adolescentes.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer²³³

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer es mejor conocida como Convención de Belém do Pará debido al lugar en que se adoptó. Fue creada por la Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de los Estados Americanos el 9 de junio de 1994 ante la violencia que sufrían las mujeres en el continente americano. Entró en vigor el 28 de marzo de 1996 y México la ratificó el 19 de junio de 1998.

Este documento propone por primera vez el desarrollo de mecanismos de protección de los derechos de las mujeres para contrarrestar la violencia contra su integridad física, sexual y psicológica en los ámbitos público y privado, estableciendo el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia.

La Convención de Belém do Pará ha dado pauta a que los Estados parte adopten leyes y políticas sobre prevención, erradicación y sanción de la violencia contra las mujeres.

Para empezar, el primer artículo define lo que se entiende por violencia contra la mujer, la cual es toda acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento, físico, sexual o psicológico a la mujer, en el ámbito público o privado.

El artículo 2 establece que la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros: violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el trabajo, en instituciones educativas, en establecimientos de salud o en cualquier otro lugar.

En el artículo 4 se enlistan algunos de los derechos humanos de las mujeres que los Estados deben reconocer y proteger, de los que destacan:

Derecho a que se respete su vida; derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; derecho a no ser sometida a torturas y; derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia.

Además, cabe destacar que en el artículo 6 se establece que el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia incluye el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

Los Estados Parte convienen adoptar políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia contra la mujer, de acuerdo con el artículo 7, convienen:

²³³ Organización de los Estados Americanos, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, 1994, disponible en https://www.oas.org/dil/esp/convencion_belem_do_para.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

c. Incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso;

e. Tomar las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes o reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer;

Por último, en el artículo 8 los Estados Parte se comprometen a adoptar medidas específicas e incluso programas para, entre otras cosas:

b. Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluyendo el diseño de programas de educación formales y no formales apropiados a todo nivel del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios y costumbres y todo otro tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer que legitimizan o exacerban la violencia contra la mujer.

En octubre de 2004 se creó el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará²³⁴ con el objetivo de establecer un proceso de evaluación y apoyo continuo para examinar los avances de los Estados Parte en el cumplimiento de la Convención. La Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la OEA actuó como su Secretaría Técnica.

El 27 y 28 de noviembre de 2017 se emitió la Tercera Ronda del Informe País correspondiente a México, el cual tuvo como objeto evaluar los avances de nuestro país en la implementación de la Convención de Belém do Pará en el período 2014-2016.

Del contenido del informe, considero importante resaltar los siguientes párrafos:

El párrafo 25 menciona que la violencia obstétrica en general y en particular en embarazos adolescentes no está tipificada a nivel federal y sólo en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Veracruz se incluye el concepto sin tipificarlo como delito; por otro, la Ley de Acceso a las Mujeres a una vida Libre de Violencia del Estado de México si incluye un capítulo sobre violencia obstétrica. Por lo anterior, el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (CEVI) insta al Estado a incluir la violencia obstétrica en las leyes penales y recomienda realizar una adecuación del tipo penal de acuerdo con el marco de la Convención.

Respecto a la interrupción legal del embarazo por causas terapéuticas, en el párrafo 28 se dice que en México no se penaliza el aborto cuando haya sido causado por

²³⁴ Organización de Estados Americanos, Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), 2017, disponible <https://www.oas.org/es/mese cvi/docs/FinalReport2017-Mexico.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

una imprudencia, cuando sea resultado de una violación y cuando la vida de la madre o del producto estén en peligro de acuerdo al juicio del médico y si es posible oyendo el dictamen de otro médico. Lo anterior le llama la atención al CEVI debido a que el riesgo se evalúa con criterios discrecionales del médico.

De acuerdo con la Ley General de Víctimas, las instituciones de salud están obligadas a dar atención de emergencia, incluyendo la interrupción del embarazo cuando la ley lo permita y el personal deberá estar capacitado en temas de violencia sexual con enfoque de género. También se señala que la NOM-046- SSA2-2005 “Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención” obliga a las instituciones públicas de servicios médicos a prestar el servicio de interrupción del embarazo en los casos permitidos por la ley. Sin embargo, también permite la objeción de conciencia por parte del personal médico.

El Comité reconoció a México por la despenalización de la interrupción del embarazo en caso de violación o de peligro para la vida de la madre, sin embargo, manifestó su preocupación respecto a la objeción de conciencia y considera que deberán implementarse medidas para remitir a las mujeres a una entidad que preste el servicio y que estas medidas no obstaculicen el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo o constituyan un peligro para su vida.

Respecto a la educación, el párrafo 41 menciona que México informó que cuenta con documentos y metodologías educativas con perspectiva de género y destacó que en 2016 se revisó el material dirigido a docentes de educación básica enfocándose en la equidad de género y la prevención de la violencia. También informó sobre metodologías en licenciaturas y posgrados de ciencias sociales y humanidades enfocadas en la perspectiva de género y derechos humanos. Se destacó la creación del “Manual para incorporar la Perspectiva de Género en la elaboración de los libros de texto gratuitos y otros materiales educativos afines”. Al respecto, el CEVI celebró los esfuerzos del Estado y consideró conveniente recibir información sobre el impacto de estos programas educativos.

El párrafo 49 establece que entre 2014 y 2016 México apoyó a 575 organizaciones para la ejecución de proyectos que contribuyen a la promoción de la atención a la salud sexual y reproductiva, equidad de género y prevención de la violencia a mujeres indígenas.

Por otro lado, el embarazo infantil se menciona en el párrafo 73, destacando la particular preocupación del Comité de Expertas en el tema debido a que se estima que en 2015 se registraron en México 10,277 nacimientos en los que la madre era menor de 15 años y en 2014 se registraron 127 muertes maternas de niñas menores de 19 años. Por lo tanto, el CEVI solicita información sobre las acciones respecto a prevención, sanción y erradicación de la violencia sexual contra las niñas y embarazos infantiles.

Al final del documento se mencionan puntualmente las recomendaciones del Comité de Expertas del Mecanismo que establecen que México deberá:

106. Asegurarse que la objeción de conciencia no obstaculice el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo por razones terapéuticas, y que en la práctica no sea un peligro para la vida de las mujeres. Asimismo, informar sobre las acciones que se están tomando en este sentido.

108. Adoptar todas las medidas necesarias para evitar los embarazos de niñas y asegurar que los embarazos de niñas menores de 14 años sean considerados de alto riesgo y permitan la interrupción legal del embarazo. Asimismo, fortalecer los mecanismos de interacción efectiva entre el sector de salud y judicial en casos de violencia sexual contra niñas.

IV Conferencia Mundial sobre la Mujer²³⁵

La Organización de las Naciones Unidas ha organizado cuatro conferencias sobre la mujer, la primera en Ciudad de México en 1975, la segunda en Copenhague en 1980, la tercera en Nairobi en 1985 y la cuarta en Beijing en 1995; esta última marcó un hito en la agenda mundial de igualdad de género.

La Conferencia de Beijing se basó en los acuerdos políticos alcanzados en las tres conferencias anteriores además de otras conferencias que sirvieron como antecedente, entre ellas: la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia (Nueva York, 1990), la Conferencia Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo (Río de Janeiro, 1992), la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y, la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995).

Los compromisos de acción de la Conferencia quedaron plasmados en dos documentos: la Declaración y la Plataforma de Acción, estos documentos dividieron los temas en 12 esferas de acción: la mujer y la pobreza; educación y capacitación de la mujer; la mujer y la salud; la violencia contra la mujer; la mujer y los conflictos armados; la mujer y la economía; la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones; mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; los derechos humanos de la mujer; la mujer y los medios de difusión; la mujer y el medio ambiente y; la niña.

La Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing se aprobaron de manera unánime por los 189 países presentes en septiembre de 1995. En México, el presidente Ernesto Zedillo dio a conocer el programa el 8 de marzo de 1996.

La Plataforma de acción constituye un documento de gran importancia para los derechos de las mujeres, sin embargo, para el tema que nos ocupa, me parece importante rescatar los siguientes párrafos:

El tema principal del párrafo 29 es la familia, aceptando la existencia de diferentes tipos de familia, se le considera el núcleo básico de la sociedad en donde las mujeres tienen una función decisiva sin que se reconozca la importancia de su papel. En este

²³⁵ Organización de las Naciones Unidas, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995, disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

párrafo se establece que es necesario reconocer la importancia social de la maternidad y la función de ambos progenitores en la familia y en la crianza de los hijos.

Por otro lado, el tema del VIH se aborda en el párrafo 37 donde se puntualiza que las jóvenes y las adolescentes son particularmente vulnerables.

Dentro del apartado “educación y capacitación de la mujer”, una de las 12 esferas decisivas del programa, el párrafo 69 habla sobre el derecho a la educación como un instrumento indispensable para lograr la igualdad, el desarrollo y la paz. La educación no debe ser discriminatoria y debe conducir a relaciones igualitarias entre hombres y mujeres. Existen impedimentos para que las niñas accedan a la educación tales como actitudes arraigadas, embarazos y matrimonios a edad temprana, el acoso sexual, etc.

Más adelante, el párrafo 74 reitera la problemática de la discriminación en la educación respecto a las diferencias de género y menciona que la falta de educación sexual y sobre la salud reproductiva tiene profundas repercusiones en la mujer y el hombre.

Respecto a este apartado, el Plataforma de Acción enlista en el párrafo 80 algunas de las medidas que deben adoptar los gobiernos, de las que destaca la siguiente:

g) Promover un entorno docente en que se eliminen todas las barreras que impiden la asistencia a la escuela de las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes, que incluya, según corresponda, servicios accesibles y asequibles de guardería y educación de los padres a fin de alentar a quienes deben ocuparse del cuidado de sus hijos y hermanos en edad escolar a reanudar los estudios o a llevarlos a término;

De igual manera, el párrafo 83 menciona algunas medidas que deben adoptar no solo los gobiernos sino también las autoridades educativas y otras instituciones educativas y académicas, como formular recomendaciones y elaborar planes de estudio y materiales didácticos libres de estereotipos de género, incluyendo la formación de los docentes; también eliminar las barreras legales y reglamentarias que se oponen a la enseñanza de cuestiones sexuales y de salud reproductiva y; promover la elaboración de programas educativos y de servicios integrados para niños y niñas con el objetivo de fomentar la comprensión de sus responsabilidades considerando la necesidad de evitar embarazos no deseados, la propagación de enfermedades de transmisión sexual, la violencia y el abuso sexual.

Otra de las esferas de la Plataforma es “la mujer y la salud”, el párrafo 89 establece que la mujer tiene el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y la define como no sólo la ausencia de enfermedades sino como “un estado de pleno bienestar físico, mental y social. La salud de la mujer incluye su bienestar emocional, social y físico; contribuyen a determinar su salud tanto factores biológicos como el contexto social, político y económico en que vive.”

En el párrafo 92 se expone que las mujeres padecen muchas de las afecciones que padecen los hombres, pero lo hacen de diferente manera, existen situaciones que perjudican la salud de las mujeres tales como la pobreza, la dependencia económica, la

violencia, las actitudes negativas hacia mujeres y niñas, la discriminación, el control limitado que muchas mujeres ejercen sobre su vida sexual y reproductiva y su falta de influencia en la adopción de decisiones. Se dice que para que las mujeres puedan vivir productiva y satisfactoriamente deben tener derecho a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad.

Las consecuencias de la falta de asesoramiento y acceso a la información relacionada con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes se mencionan en el párrafo 93, pues se afirma que no se suele enseñar a los adolescentes a respetar la libre determinación de la mujer y a compartir con ella la responsabilidad respecto a la sexualidad y a la reproducción. Las adolescentes son biológico y psico socialmente más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia y la prostitución y a las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección; el matrimonio y la maternidad prematuros pueden afectar las oportunidades de educación y empleo de las niñas y, probablemente, perjudicar a largo plazo la calidad de su vida y de la vida de sus hijos.

El párrafo 94 define a la salud reproductiva como lo hace la CIPD de 1994.

En este mismo sentido, el párrafo 95 establece que los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y al acceso de la información y medios necesarios para ellos; esta decisión debe realizarse sin sufrir discriminación, coacción o violencia.

Se establece que la promoción de los derechos reproductivos debe ser la base de las políticas públicas relativas a la salud reproductiva, sin embargo, se afirma que la salud reproductiva no está al alcance de muchas personas debido a cuestiones como: 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.

También, el párrafo 96 menciona que dentro de los derechos humanos de la mujer se encuentra el derecho a controlar las cuestiones relacionadas con su sexualidad, su salud sexual y reproductiva, sin sufrir discriminación, coerción ni violencia. Que las relaciones entre la mujer y el hombre respecto a la sexualidad y la reproducción deben ser igualitarias, con pleno respeto de la integridad de la persona, con consentimiento recíprocos y la voluntad de responder conjuntamente a las consecuencias de su comportamiento sexual.

El párrafo 97 puntualiza que la salud sexual y reproductiva de la mujer está expuesta a riesgos particulares, por ejemplo, el aborto en condiciones peligrosas expone la vida de muchas mujeres, sobre todo de las mujeres más pobres y jóvenes; se reconoce que la mayoría de las muertes y problemas de salud se pueden evitar con mejores

servicios de atención a la salud, incluyendo métodos de planificación familiar eficaces, atención obstétrica de emergencia y acceso a métodos lícitos para el control de la fecundidad, servicios permitan que el embarazo y el parto transcurran de manera segura y ofrezcan mayores posibilidades de tener un hijo sano.

Por otro lado, el tema del VIH se aborda en el párrafo 98, el cual no sólo afecta la salud de la mujer sino también su función como madre y su contribución al apoyo económico de su familia. Esta y otras enfermedades de transmisión sexual afectan de manera desigual a las mujeres debido a su vulnerabilidad social y la desigualdad en las relaciones de poder ya que no suelen tener el poder necesario para solicitar que se lleven a cabo prácticas sexuales libres de riesgo, además de que tienen un acceso reducido a la información y a los servicios de prevención y tratamiento.

La Plataforma dicta las medidas que deben adoptar los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y organizaciones de empleadores y trabajadores respecto a las problemáticas mencionadas anteriormente, de las cuales destacan:

- Proporcionar servicios de atención primaria de salud más accesibles, económicos y de calidad que incluyan atención a la salud sexual y reproductiva, y se de especial importancia a los servicios de maternidad y obstetricia de urgencia.
- Fortalecer los servicios de salud con el objetivo de brindar acceso universal para niñas y mujeres y con ello reducir las enfermedades y la morbilidad causada por la maternidad.
- Reconocer y afrontar las consecuencias a la salud derivadas los abortos peligrosos.
- Retomando el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y desarrollo respecto al aborto, considerar la posibilidad de modificar las leyes que contemplan medidas punitivas contra mujeres que haya tenido abortos ilegales.
- Establecer mecanismos que permitan la participación de organizaciones no gubernamentales, en especial organizaciones de mujeres, grupos profesionales y otros grupos en la elaboración de políticas o programas y en su ejecución en el sector de la salud y conexos.
- Apoyar a las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la salud de la mujer y crear redes con el fin de mejorar la coordinación y colaboración de todos los sectores relacionados con la salud.

De igual manera, el párrafo 107 establece las medidas que deben adoptar los gobiernos en cooperación con organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación, el sector privado y organizaciones internacionales:

- Dar prioridad a los programas de educación que apoyan a la mujer y le permiten desarrollar su autoestima, aprender, tomar decisiones y ser responsables sobre su salud, lograr el respeto mutuo en asuntos sobre sexualidad y fecundidad; eliminar las prácticas nocivas para la salud de la mujer como la mutilación genital femenina, la

preferencia por los varones, los matrimonios precoz, la violencia contra la mujer, la explotación sexual, los malos tratos sexuales, el uso de drogas, la discriminación contra mujeres u niñas, entre otras actitudes perjudiciales.

- Reforzar las leyes, reformar las instituciones y promover prácticas que eliminen la discriminación contra las mujeres y fomenten la responsabilidad del comportamiento sexual respecto a la procreación.

- Preparar y difundir información mediante campañas de salud pública, medios de comunicación, servicios de asesoramiento y el sistema educativo, con el fin de que hombres, mujeres y adolescentes puedan adquirir conocimientos sobre su salud, en particular sobre sexualidad y reproducción, considerando los derechos del niño al acceso a la información, privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado.

- Reconocer las necesidades específicas de los adolescentes y aplicar programas adecuados concretos como educación e información sobre salud sexual y reproductiva y enfermedades de transmisión sexual.

- Fortalecer programas y servicios que se ocupen de la prevención, la detección precoz y el tratamiento del cáncer de mama, cáncer cervicouterino y otras afecciones relacionadas con el sistema reproductivo.

En específico, sobre el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, el párrafo 108 establece las medidas que deben adoptar los gobiernos, los organismos internacionales, los donantes bilaterales y multilaterales y las organizaciones no gubernamentales:

- Garantizar la participación de las mujeres, en particular de las afectadas por la pandemia del VIH/SIDA, en las decisiones relacionadas al desarrollo, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

- Impartir seminarios, educación y formación especializada a los padres, a los encargados de adoptar decisiones y a quienes crean opinión (incluidas autoridades religiosas y tradicionales) sobre la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias.

- Impartir a todas las mujeres y los trabajadores de la salud toda la información y educación pertinentes sobre las enfermedades de transmisión sexual y sobre el embarazo.

- Prestar mayor atención a la promoción de relaciones de género mutuamente respetuosas y justas y, en particular, a las necesidades de educación y de servicios de los adolescentes para que puedan desarrollar su sexualidad de manera positiva y responsable.

- Preparar programas específicos para varones de todas las edades reconociendo las funciones parentales, con objeto de proporcionar información completa y fidedigna sobre conducta sexual responsable y sin riesgo, que incluya métodos

voluntarios pertinentes y eficaces adoptados por los varones para la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Se establece como medida a adoptar por los gobiernos en colaboración con organizaciones no gubernamentales, especialmente de mujeres y jóvenes, aumentar las asignaciones presupuestarias para la atención primaria de la salud y los servicios sociales, en particular en la atención a la salud reproductiva y sexual de mujeres, jóvenes, poblaciones rurales y zonas urbanas pobres.

También se menciona como medida que se debe adoptar por los gobiernos, las Naciones Unidas, las instituciones financieras internacionales, los donantes bilaterales y el sector privado, proporcionar asistencia material, financiera y logística adecuada a las organizaciones no gubernamentales de jóvenes para fortalecerlas y permitirles ocuparse de las preocupaciones relativas a los jóvenes en la esfera de la salud incluyendo su salud sexual y reproductiva.

Por último, mencionaré otra de las esferas decisivas de la Plataforma: “la niña”. Retomando lo contemplado en la CIPD párrafo 7.3 respecto a las necesidades especiales de los adolescentes y contemplando los derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, el párrafo 267 de la Plataforma establece que en todas las acciones referentes a los niños, la consideración primordial será el interés superior del niño, por lo que debe prestarse apoyo a la educación sexual integral de los jóvenes, con el respaldo y la guía de los padres.

El párrafo 268 denuncia que la maternidad en edades tempranas conlleva complicaciones durante el embarazo y el parto superiores a la media; que los niveles de mortalidad entre los hijos de madres jóvenes son más elevados y que la maternidad precoz constituye un obstáculo para mejorar la condición educativa, económica y social de las mujeres.

De la misma manera, el párrafo 269 expone que es común que se ejerzan presiones sobre las niñas para que realicen actividades sexuales, debido a factores como su juventud, las presiones sociales, la ausencia o incumplimiento leyes que la protejan; por lo tanto, la niña es más vulnerable a todo tipo de violencia, especialmente a la sexual (violación, abuso sexual, explotación sexual, trata, etc), lo que tiene un efecto devastador en su salud.

Algunas de las medidas que responden a esta problemática son las siguientes:

- Fortalecer y reformar la educación sanitaria y los servicios de salud, sobre todo los programas de atención primaria de la salud incluidas la salud sexual y reproductiva; crear programas de salud que satisfagan las necesidades físicas y mentales de las mujeres y niñas y para atender las necesidades de las madres jóvenes, las mujeres embarazadas y las madres lactantes.

- Establecer programas de educación y de divulgación destinados a intensificar la labor individual y colectiva con el fin de disminuir la vulnerabilidad de las mujeres y niñas a enfermedades de transmisión sexual.

- Velar por que las mujeres, sobre todo las adolescentes, reciban educación e información en materia de fisiología reproductiva, salud reproductiva y salud sexual, así como en materia de prácticas responsables de planificación de la familia, vida de familia, salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, transmisión y prevención del VIH/SIDA, lo anterior reconociendo las funciones de los padres ya mencionadas.

- Recalcar la responsabilidad de los adolescentes respecto a la salud y las actividades sexuales y reproductivas mediante la prestación de los servicios y el asesoramiento apropiados.

Después de la puesta en marcha de la Plataforma de Acción de Beijing, se realizaron diferentes revisiones y evaluaciones de los avances, la última se llevó a cabo en marzo de 2020 tras 25 años desde la adopción de la Plataforma.

Debido a la preocupación por el desarrollo del COVID-19, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer convocó a una reunión reducida el 9 de marzo que incluyó declaraciones de apertura y la adopción del proyecto de Declaración Política, después se suspendió el periodo de sesiones y la Comisión concluyó con un procedimiento de acuerdo tácito.

El Informe de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer 2020²³⁶ aprobó los siguientes documentos:

a) La resolución “Programa de trabajo plurianual de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer”.

b) El proyecto de resolución “La mujer, la niña y el VIH y el sida”.

c) El proyecto de resolución “Liberación de las mujeres y los niños tomados como rehenes en conflictos armados, incluidos los que han sido encarcelados posteriormente”.

d) El proyecto de decisión “Informe de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer sobre su 64º período de sesiones y programa provisional y documentación del 65º período de sesiones de la Comisión”.

En la Declaración política con ocasión del 25 aniversario se reconoció que 25 años después de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, ningún país había logrado plenamente la igualdad entre los géneros y ni el empoderamiento de las mujeres y las niñas.

En el Informe del Grupo de Trabajo sobre Comunicaciones relativas a la Condición Jurídica y Social de la Mujer se expuso que derivado del análisis de todas las comunicaciones, el Grupo de Trabajo manifestó su preocupación al considerar que los siguientes temas revelan una tendencia persistente de injusticia y prácticas discriminatorias hacia las mujeres:

a) La violencia contra las mujeres y las niñas, entre otros actos, la violación y otras formas de violencia sexual, las torturas y los asesinatos selectivos, la trata de mujeres y

²³⁶ Organización de las Naciones Unidas, Informe de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, Nueva York, 2020, disponible en <https://undocs.org/es/E/2020/27> última revisión el 27 de mayo de 2022

niñas y las prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil y forzado, y sus efectos negativos en el pleno disfrute por las mujeres y las niñas de los derechos fundamentales;

b) Violaciones del derecho de las mujeres a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y de los derechos reproductivos, conforme a lo establecido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, así como acceso a los servicios de atención sanitaria;

Estatuto de la Corte Penal Internacional²³⁷

El Estatuto de la Corte Penal Internacional también conocido como Estatuto de Roma, fue creado por la Organización de Naciones Unidas el 17 de julio de 1998 y entró en vigor el 1 de julio de 2002.

A través de este documento se creó la Corte Penal Internacional, un órgano de jurisdicción independiente protectora de los derechos humanos.

A la fecha, 123 países han ratificado el Estatuto, para el caso mexicano Ernesto Zedillo firmó el documento el 7 de septiembre de 2000, sin embargo, el marco jurídico mexicano no permitía su aprobación por lo que se tuvo que adecuar la Constitución modificando el artículo 21, lo cual se aprobó el 21 de junio de 2005.

De conformidad con el artículo 5, la Corte tiene competencia respecto a los crímenes de genocidio, de lesa humanidad, de guerra y de agresión.

El artículo 7 define los crímenes de lesa humanidad como los actos que se cometen como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil y con conocimiento de dicho ataque, dentro de estos actos se encuentran:

g) Violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada o cualquier otra forma de violencia sexual de gravedad comparable;

k) Otros actos inhumanos de carácter similar que causen intencionalmente grandes sufrimientos o atenten gravemente contra la integridad física o la salud mental o física.

Más adelante, este mismo artículo define que por “ataque contra una población civil” se entenderá una línea de conducta que implique la comisión múltiple de actos mencionados contra una población civil, de conformidad con la política de un Estado o de una organización de cometer ese ataque o para promover esa política.

Declaración y Programa de Acción de Viena²³⁸

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos se celebró del 14 al 25 de junio de 1993 en Viena, Austria; de este evento resultaron dos documentos: la Declaración y el Programa de Acción de Viena, aprobados por representantes de 171 Estados.

²³⁷ Organización de Naciones Unidas, Estatuto de la Corte Penal Internacional, 1998, disponible en [https://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute\(s\).pdf](https://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute(s).pdf) última revisión el 27 de mayo de 2022

²³⁸ Organización de las Naciones Unidas, Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993, disponible en https://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

La Declaración y el Programa de Acción de Viena tomaron como base la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 pero actualizaron los principios y contenidos ya que éstos han ido evolucionando. Estos documentos señalan el comienzo de un esfuerzo renovado por fortalecer e impulsar la aplicación de los derechos humanos.

A la fecha, la Convención ha sido ratificada por todos los países, con excepción de Somalia y los Estados Unidos de América.

El párrafo 18 menciona que los derechos humanos de la mujer y la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales y que es objetivo prioritario de la comunidad internacional la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo como la violencia, el acoso, la explotación sexual, en particular las derivadas de prejuicios culturales. El cumplimiento de los objetivos puede lograrse a través de medidas legislativas y con actividades nacionales y cooperación internacional en esferas como desarrollo económico y social, educación, atención a la maternidad y a la salud, entre otros.

En el párrafo 21 la Conferencia Mundial retoma tratados internacionales respecto a los derechos del niño y menciona que es necesario que se refuercen los mecanismos y programas nacionales e internacionales de defensa y protección de los niños, en particular de las niñas y niños explotados económica y sexualmente, incluidos los utilizados en la pornografía y la prostitución infantil o la venta de órganos, los niños víctimas de enfermedades, en particular el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, entre otros.

En el párrafo 38 del apartado II se subraya la importancia de eliminar la violencia contra la mujer y todas las formas de acoso sexual, explotación, trata de mujeres, prejuicios sexistas y erradicar los conflictos que puedan surgir entre los derechos de la mujer y las consecuencias perjudiciales de ciertas tradiciones o costumbres, prejuicios culturales y extremismo religioso.

Asimismo, la Conferencia reconoce, en el párrafo 41, la importancia del disfrute de la mujer del más alto nivel de salud física y mental a lo largo de su vida y reafirma el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada, acceso a servicios de planificación familiar e igualdad de acceso a la educación en todos los niveles.

Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud²³⁹

En la 66a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas llevada a cabo del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 se aprobó la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud.

De este documento cabe resaltar dos líneas estratégicas:

²³⁹ Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud, Washington, D.C., 2014, disponible en <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/04/Estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

Línea estratégica 1: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades. Dentro de esta línea estratégica se propone facilitar el empoderamiento de las personas y comunidades mediante la implementación de mecanismos formales de participación y programas de promoción, prevención y educación; de tal forma que tengan mayor conocimiento sobre su salud, sus derechos y obligaciones, y puedan tomar decisiones informadas.

Línea estratégica 4: Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. Pretende establecer o fortalecer los mecanismos intersectoriales de coordinación y la capacidad de las autoridades de salud para implementar políticas públicas y promover legislaciones, regulaciones y acciones más allá del sector salud que aborden los determinantes sociales de la salud.

También propone evaluar las políticas, planes, programas y proyectos de desarrollo que tengan impacto en la salud de las personas y comunidades, esto generará evidencia para apoyar la coordinación hacia la acción multisectorial con la sociedad civil y la participación social.

Objetivos de Desarrollo del Milenio²⁴⁰

En el año 2000 se celebró la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en donde los líderes de 189 naciones se comprometieron a cumplir la Declaración del Milenio, la cual comprende ocho objetivos para 2015. De estos objetivos destacan:

3. Promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer
4. Reducir la mortalidad infantil
5. Mejorar la Salud Materna
6. Combatir el VIH/Sida, malaria y otras enfermedades

En 2002, se establecieron 21 metas y 48 indicadores cuantitativos para monitorear el cumplimiento y avance de cada país, que en 2008 incrementaron a 70 si se consideran las desagregaciones por sexo o geográficas.

En el caso de México, se reportó el cumplimiento de 37 de 51 indicadores, respecto a equidad de género se destacó el aumento de la matrícula femenina en la educación superior; respecto a la mortalidad infantil se redujo la tasa a 13.7% en 2015; México logró reducir la mortalidad materna a 38.2 por cada 100 mil nacidos; por último, en el país se ha mantenido una tasa menor del 0.6% de prevalencia de VIH/Sida en personas de 15 a 48 años. A pesar de los logros, se reconoció que todavía existen retos para lograr un país próspero al que México aspira.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio no se terminaron en 2015, sino que se complementan y profundizan con los Objetivos del Desarrollo Sostenible, los cuales buscan terminar la labor que comenzaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible²⁴¹

²⁴⁰ Organización de las Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio, disponible en <https://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/> última revisión el 27 de mayo de 2022

²⁴¹ Organización de las Naciones Unidas, Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, 2015, disponible en https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S última revisión el 27 de mayo de 2022

El 25 de septiembre de 2015 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la resolución en la que se establece la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Esta agenda constituye un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad y tiene el fin de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia.

El documento plantea 17 objetivos con 169 metas de carácter integrado e indivisible que abarcan las esferas económica, social y ambiental. Estos objetivos se basaron en consultas públicas, interacción con la sociedad civil y negociaciones entre los países. Los objetivos y metas entraron en vigor el 1 de enero de 2016, cada Estado podría fijar sus propias metas nacionales tomando como guía las aspiraciones a nivel global.

De la Agenda 2030, son 3 los objetivos que se relacionan con este trabajo de investigación: Objetivo 3 Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades; Objetivo 4 Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos y; Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

Las metas contempladas en el objetivo 3 son las siguientes:

3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Dentro de las metas del objetivo 4 se encuentra:

4.7 De aquí a 2030, asegurar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y los estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y la contribución de la cultura al desarrollo sostenible.

Por último, las siguientes metas forman parte del objetivo 5:

5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias.

Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos²⁴²

Fue aprobada en la undécima reunión del Comité de Expertas/os del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Belém Do Pará llevada a cabo del 18 al 19 de septiembre de 2014 en Montevideo, Uruguay.

Este documento tiene el objetivo de fortalecer la protección de los derechos humanos de las mujeres en situaciones de violencia basándose en los compromisos adquiridos de la Convención Belém Do Pará.

El Comité declara que los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos y que se basan en otros derechos básicos como el derecho a la salud, a la no discriminación, a la vida privada, a la integridad personal y a no ser sometido a torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes así como el derecho de parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número, espaciamiento y momento de tener hijos y a tener la información y medios necesarios para hacerlo y el derecho a tomar decisiones sobre reproducción libres de discriminación, coerción y violencia.

También establece que, al ratificar la Convención de Belém Do Pará, los estados se comprometieron a:

“modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluyendo el diseño de programas de educación formales y no formales apropiados a todo nivel del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios y costumbres y todo otro tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer que legitiman o exacerban la violencia contra la mujer”

Por otro lado, menciona que los Estados deben garantizar y proteger la libertad sexual y su desarrollo debido a que constituyen un bien jurídico protegido por el derecho internacional de los derechos humanos. Además de que tienen la obligación de garantizar la educación en derechos sexuales y reproductivos en el sistema educativo.

Denuncia que siguen existiendo leyes que perpetúan el ejercicio de la violencia contra mujeres, niñas y adolescentes, y las revictimizan violando sus derechos sexuales y reproductivos tales como: el mantenimiento de las restricciones en el acceso al aborto en condiciones seguras y las prohibiciones absolutas con respecto al mismo, o la

²⁴² Organización de los Estados Americanos, Mecanismo de Seguimiento de la Convención De Belém do Pará, Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos, 2014, disponible en <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/DeclaracionDerechos-ES.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

denegación de acceso a los cuidados posteriores al aborto que contravienen la prohibición de la tortura y los malos tratos.

Por último, declara que la negación de las políticas públicas y los servicios de salud sexual y reproductiva exclusivos para las mujeres, a través de normas, prácticas y estereotipos discriminatorios, constituye una violación sistemática de sus derechos humanos y las somete a la violencia institucional del Estado, causándoles sufrimiento físico y psicológico.

Asimismo, el Comité recomienda:

- Garantizar que se evite el uso de prácticas discriminatorias y la reproducción de estereotipos de género que imponen a las mujeres, niñas y adolescentes determinados comportamientos y actitudes, particularmente en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos;

- Promover la modificación y transformación de las prácticas culturales, actitudes y comportamientos que sean raíz de la violencia contra las mujeres, niñas y adolescentes, ya sea en el hogar, los medios de comunicación, instituciones educativas u otras instituciones con el objetivo de contribuir al efectivo cumplimiento de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos;

- Establecer mecanismos de prevención de la violencia mediante la elaboración de políticas públicas orientadas a la realización de actividades periódicas o conmemorativas en todos los niveles del sistema educativo para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos;

- Eliminar los ordenamientos jurídicos que perpetúan el ejercicio de la violencia contra mujeres, niñas y adolescentes, así como garantizar que no se reproduzcan conductas de maltrato o humillación en entornos institucionales, que el personal de salud no revictimice o niegue el acceso a los servicios de salud a las mujeres y asegurar el acceso a la información sobre salud reproductiva, imprescindible para que las mujeres puedan ejercer su autonomía reproductiva, y sus derechos a la salud y a la integridad física;

- Implementar mecanismos de prevención de la violencia mediante programas que informen y sensibilicen a la población en general sobre las causas y consecuencias de la violencia de género, y que fomenten el compromiso individual para su erradicación, a través de las asociaciones de apoyo a la educación pública y/o privada;

- Garantizar la atención sin discriminación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres lesbianas, mujeres transgéneros e intersexuales en los Servicios de Salud;

- Garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y su derecho a la vida, eliminando el aborto inseguro y estableciendo leyes y políticas públicas que permitan la interrupción del embarazo al menos:

- 1) cuando la vida o salud de la mujer esté en peligro,
- 2) cuando exista inviabilidad del feto de sobrevivir, y

3) en los casos de violencia sexual, incesto e inseminación forzada.

- Garantizar que las mujeres y adolescentes tengan acceso inmediato a métodos anticonceptivos económicos, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia, y eliminar la discriminación basada en estereotipos que reducen el rol primario de las mujeres a la maternidad y así permitir que tomen decisiones sobre su sexualidad y reproducción;

- Garantizar una educación apropiada de acuerdo con la edad sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el VIH/SIDA y las ITS en la currícula escolar en todos los niveles.

B. EXPERIENCIA EN OTROS PAÍSES (CASOS DE ÉXITO)

En el presente apartado expondré la situación de algunos países, los cuales considero cuentan con prácticas acertadas en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y que podrían servir de ejemplo para ser implementados en México, no sin antes adecuarlos al contexto social, cultural y jurídico del país.

ARGENTINA

Argentina ha sido un ejemplo a seguir respecto a la lucha por los derechos sexuales y reproductivos; no sólo en el trabajo de la sociedad civil por la reciente legalización del aborto si no que, desde antes, ha tenido grandes avances en favor de estos derechos.

Uno de estos temas es el acceso a cirugías anticonceptivas en instituciones públicas de salud, progreso que se presentó en los tribunales.

Antes de 2006 las cirugías anticonceptivas en instituciones públicas de salud no se podían realizar si la persona no contaba con una orden judicial; este requisito marcaba la desigualdad entre las personas que podían asistir a instituciones privadas para realizar la cirugía y las que no contaban con los recursos para pagar un servicio médico particular.

Cabe mencionar que esta situación se presentaba a pesar de que Argentina ha sido parte de diversos compromisos internacionales desde 1968 relacionados con los derechos reproductivos, entre ellos el derecho de las personas a decidir reproducirse o no; decidir cuántos y cuándo tener hijos, a escoger el método anticonceptivo que más le convenga; el derecho a la información y educación; y el derecho a la protección de la salud sexual y reproductiva.

Las personas con pocos recursos económicos se veían obligadas a presentar amparos en contra de las instituciones de salud por la negación del servicio de cirugías anticonceptivas, de esta manera los tribunales eran los encargados de ordenar a los hospitales públicos realizar la cirugía o, en su caso, negar el amparo a las personas.

A continuación, presentaré un breve resumen de los ejemplos de las sentencias de amparo estudiados por Laura García Velasco respecto a esta situación.

En 1996 el Tribunal Superior de Justicia revisó la acción de amparo del caso ENB contra el Hospital de San Roque, la Secretaría de Salud y el Estado Provincial.

En este caso el Hospital San Roque, la Fiscalía del Estado de la Provincia y la Secretaría de Salud presentaron recursos de apelación contra de la sentencia de amparo que ordenaba al Estado practicar la intervención quirúrgica.

Argumentaban que no se aconsejaba practicar la cirugía debido a que existía la previsible posibilidad de un cambio de idea sobre la planificación familiar deseada²⁴³. Por otro lado, también se argumentaba que al permitir la práctica de estas cirugías en hospitales públicos se pone en crisis respecto de la capacidad presupuestaria del Estado para cubrir, a través del hospital público, la demanda de este tipo de intervenciones²⁴⁴.

Después de analizar estas posturas y argumentos sobre la libertad personal, el Tribunal resolvió, por mayoría de dos votos, rechazar los recursos de apelación interpuestos por el Hospital San Roque, la Fiscalía del Estado de la Provincia y la Secretaría de Salud.

Antes de pasar al siguiente caso, quiero externar mi opinión sobre los argumentos presentados.

Respecto a la posibilidad de que la persona cambie de opinión considero que esta postura pone en duda la capacidad de decisión de los individuos, auto proclamándose protectores de las personas que “no saben lo que quieren”, para evitar esta problemática (que opino no tendría por qué presentarse) la solución que propongo es que por medio de la educación sexual se otorgue fuerza a las decisiones personales relacionadas con el ejercicio de su sexualidad.

Y respecto a la capacidad presupuestaria del Estado considero que éste debe establecer las estrategias necesarias para poder cumplir con sus obligaciones.

Continuando con la presentación de los casos, en 2002 SLGS presentó la acción de amparo donde solicita la autorización judicial para acceder a la ligadura tubaria bilateral.

En este caso se autorizó que la señora SLGS se practicara la intervención quirúrgica bajo el argumento de que tal decisión se trataba de una conducta libre e informada relacionada con el derecho a la procreación responsable, el derecho a la salud y del bienestar de su grupo familiar.²⁴⁵

Cabe añadir que la Juez señaló que el derecho a la dignidad humana exige que se respeten las decisiones personales, el propio plan o proyecto de vida que cada cual elige para sí, en la medida que no perjudique a terceros, ni afecte el bien común, la intimidad ni la privacidad.²⁴⁶

Por último, se presentan dos sentencias revisadas por el mismo tribunal, el Tribunal en lo Criminal No. 1 de Necochea, Buenos Aires.

En el primero, en 2002, se ampara a María Teresa G.G. a efecto de que el Hospital Municipal realizara la intervención quirúrgica de ligadura de trompas, señalando, por

²⁴³SILVA García Fernando (coord.), op. cit. p. 220

²⁴⁴*idem*

²⁴⁵*ibidem* p. 24

²⁴⁶*ibidem* p. 244

unanimidad de votos, que el Estado está obligado a proveer los medios necesarios para concretar la voluntad de la amparista.

En el segundo, en 2004, BDJS promovió la acción de amparo promovida con el objetivo de que el hospital municipal le practicara una vasectomía. Sin embargo, por mayoría de votos, el tribunal rechazó la acción de amparo.

La diferencia de criterios en ambos casos es un ejemplo de que se debe cambiar la visión de los derechos sexuales y reproductivos, la situación es similar y, sin embargo, existe una diferencia entre hombres y mujeres. El acceso a métodos anticonceptivos es un derecho reproductivo que pertenece a hombres y mujeres, no deben existir desigualdades en el acceso a estos derechos.

Al respecto Laura García Valasco menciona que en muchas ocasiones un mismo órgano jurisdiccional resuelve en sentidos diversos, incluso bajo los mismos argumentos.²⁴⁷ Por esta razón considero que, como sucedió en Argentina, no es suficiente defender los Derechos Sexuales y Reproductivos en los tribunales, sino que es necesario un ordenamiento jurídico claro que proteja estos derechos.

En 2006 se promulgó la Ley 26.130 sobre el Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica, en la cual se reconoce el derecho de las personas a acceder a este tipo de servicios en instituciones públicas de salud, con esta ley se evitó que las personas tuvieran que recurrir a los juicios de amparo y dejar en manos de los tribunales el acceso a sus derechos reproductivos.

COLOMBIA

En 2007 la Corte Constitucional de Colombia examinó la acción de tutela presentada por la señora BIPC contra la empresa de servicios de salud COOMEVA E.P.S. en el expediente T-1597440.

En el caso presentado, debido a su dificultad para procrear, la señora BIPC necesitaba la realización de los exámenes Cariotipo Materno y Cariotipo Paterno, sin embargo, COOMEVA E.P.S negó su realización argumentando que esos exámenes no se encontraban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

El juez de primera instancia concluyó que la actuación de la empresa no afectaba de manera seria a los derechos a la vida y a la salud. El juez de segunda instancia confirmó la postura del ad quo, y agregó que garantizar el derecho a la procreación no se puede extender a una obligación del Estado a realizar acciones con el objetivo de que las mujeres puedan procrear, sino que sólo se limita a no obstruir.

La parte contraria argumentó aspectos económicos, administrativos y de conveniencia institucional para negarse a practicar los estudios mencionados.

En oposición a estos argumentos, la Corte Constitucional había definido que el principio de justicia procura que los servicios médicos sean otorgados equitativamente

²⁴⁷SILVA García Fernando (coord.), op. cit. pp. 216 y 217

entre la población. Además, la Constitución Colombiana establece que el Estado tiene la obligación de proteger a las personas en condiciones desfavorables.²⁴⁸

En la resolución del Tribunal se mencionó como precedente la sentencia T-926 de 1999 donde se ordenó el suministro de Viagra a pesar de estar excluido del POS, también se refirió a la sentencia T-143 de 2005 donde se ordenó el implante de una prótesis peneana a un ciudadano de la tercera edad con disfunción eréctil, y se estableció que el ejercicio de la sexualidad forma parte integral del derecho de las personas al libre desarrollo de la personalidad y el derecho a la intimidad.²⁴⁹

El Tribunal afirmó que en los casos similares relacionados con la garantía del derecho a la salud de las personas y que requieran tratamientos, exámenes, intervenciones, medicamentos o diagnósticos; si la Entidad Promotora de Salud se niega a prestar los servicios bajo el argumento de que éstos se encuentran excluidos del POS, es procedente la acción de tutela promovida por las personas afectadas. Sin embargo, con el objetivo de conservar el equilibrio financiero de las instituciones de salud, éstas tienen la posibilidad de recobrar los gastos realizados contra el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).²⁵⁰

El Tribunal resaltó la “necesidad de no obstaculizar el derecho a la autodeterminación reproductiva de las mujeres y la importancia de asegurar la vigencia del derecho de las mujeres a controlar su fecundidad.”²⁵¹ Respecto a esta afirmación, personalmente agregaría esta protección a los derechos de las mujeres y los hombres.

Después del análisis de los argumentos, antecedentes y el marco legal, el Tribunal concedió el amparo a la señora BIPC, ordenó a COOMEVA E.P.S. la realización de los exámenes y autorizó a COOMEVA E.P.S. exigir el recobro de los gastos a la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Del estudio del caso COOMEVA se puede afirmar que la protección del derecho a la libertad reproductiva no sólo se refiere a la obligación del Estado a no interferir en las decisiones de las personas, sino que además implica el deber del Estado a realizar acciones que garanticen el ejercicio de ese derecho.

Karen Nallely Palomino Ramírez señala que la protección de la salud establecida por el Tribunal en el caso particular, incorporó requisitos para poder ejercer efectivamente los derechos sexuales: el estado de salud necesario para que el embarazo se lleve a cabo de manera satisfactoria. Por esta razón, el resultado del derecho al examen de diagnóstico era fundamental para un tratamiento adecuado que reestableciera su salud y con ello se tuviera la posibilidad de procrear. La relación entre el acceso al diagnóstico y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es evidente para el pleno ejercicio de la libertad reproductiva.²⁵²

²⁴⁸Cfr. SILVA García Fernando (coord.), op. cit. p. 462

²⁴⁹*ibidem* p. 474

²⁵⁰*ibidem* p. 465

²⁵¹*ibidem* p. 470

²⁵²*ibidem* p. 452

De manera particular, opino que la garantía de los derechos sexuales y reproductivos implica acciones positivas por parte del Estado como en el caso presentado, pero otra de las acciones positivas que debe realizar el Estado es educar. Al respecto, la Corte destacó que existe una íntima relación entre el derecho a la educación y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos e indicó que existe la necesidad de que la garantía de educación abarque el derecho a recibir información sobre salud reproductiva y la posibilidad de decidir, de manera libre y responsables, el número y espaciamiento de sus hijos.²⁵³

Por otro lado, como anotación personal y como crítica a la acción promovida por BIPC, en el punto 4 de los hechos señala que como mujer gestora de vida se siente frustrada y lo mismo su esposo²⁵⁴; los exámenes solicitados en la acción fueron Cariotipo Materno y Cariotipo Paterno, los exámenes y la imposibilidad de procrear afectaban a la pareja, sin embargo, la acción solo la promovió la mujer y el Tribunal se pronunció sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

La aportación que contiene el caso presentado respecto a los derechos sexuales y reproductivos y que considero que México debe buscar una manera para implementar este mecanismo, es el del Fondo de Solidaridad y Garantía con el que se puede, valga la redundancia, garantizar el acceso a los servicios de salud necesarios para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Buscar la manera en que a través de descuentos o colaboración con instituciones privadas se puedan prestar estos servicios de manera más económica.

INDIA

En abril de 2005 se inició la Misión Nacional de Salud Rural (NRHM), con el objetivo de reducir la Tasa de Mortalidad Materna, la Tasa de Mortalidad Infantil y la Tasa de Fertilidad Total.

Este programa proporcionaba a las mujeres diversos servicios para el cuidado de su salud, entre ellos:

Registro temprano del embarazo antes de la semana 12 de embarazo; mínimo cuatro revisiones antes del nacimiento (primera revisión, a las 26 semanas, a las 32 semanas y a las 36 semanas); examen general incluyendo peso, BP, anemia, examen abdominal, altura y examen de senos; inyección de Tétanos Toxoid y tratamiento de anemia; estudios mínimos de laboratorio (hemoglobina, albúmina en orina y azúcar); identificación de alto riesgo y referencia pronta y adecuada; consejería; suplemento con ácido fólico durante el primer trimestre; suplemento con Hierro y Ácido Fólico a partir de las doce semanas; asistencia calificada en los partos; mínimo de dos visitas en el hogar después del parto (dentro de las primeras 48 horas y entre los 7 y 10 días); inicio del amamantamiento dentro de la primera media hora después del parto; consejería sobre dieta y descanso, higiene, anticoncepción, cuidados esenciales del recién nacido,

²⁵³Cfr. SILVA García Fernando (coord.), op. cit. pp. 470 y 471

²⁵⁴*ibidem* p. 454

alimentación de infantes y niños pequeños y ST/RTI y VIH/SIDA; educación, motivación y consejería para adoptar métodos de planificación adecuados; provisión de anticonceptivos (condones, píldoras orales, anticonceptivos de emergencia, inserciones de DIUs); consejería y referencia adecuada para servicios de abortos seguros para las mujeres que lo requieran; referencia adecuada y pronta en casos de cuidados especiales; cuidados esenciales del recién nacido; promoción exclusivamente del amamantamiento durante los 6 primeros meses; programa completo de vacunación para los infantes y pequeños contra enfermedades prevenibles por vacuna; profilaxis con vitamina A a los niños conforme a los lineamientos; prevención y control de enfermedades infantiles tales como desnutrición, infecciones, etc.

Sin embargo, en la práctica existía una sistemática negación al acceso de los servicios de salud a las mujeres embarazadas que no contaban con seguridad social.

En 2010 el Tribunal de Nueva Delhi dictó sentencia sobre el caso Laxmi en el que dos mujeres embarazadas murieron debido a que no recibieron atención médica al momento del parto.

El Tribunal ordenó el pago de compensaciones al reconocer las violaciones de los derechos reproductivos de estas mujeres.

De acuerdo con Ydalia Pérez Fernández Ceja, este caso marca un precedente relevante en razón de que reconoce que el desarrollo y buen término de un embarazo es un derecho sexual y reproductivo que cuando es violado puede generar la pérdida de la vida de las mujeres o daños físicos irreparables en su salud.²⁵⁵

Este caso contribuyó a visualizar que el Estado tiene la responsabilidad de proporcionar servicios gratuitos relacionados con la salud sexual y reproductiva ya que la salud de las mujeres con pocos recursos económicos se encuentra limitada por factores económicos.

POLONIA

Como expuse anteriormente, las mujeres polacas tienen una carga social y cultural muy fuerte respecto a la maternidad, lo que se representa en una legislación restrictiva respecto al aborto, sin embargo, han existido esfuerzos para la protección de los derechos de las mujeres, uno de estos avances respecto al derecho al aborto se suscitó en el Tribunal Europeo de Derechos Humanos a raíz del caso Tysiac contra Polonia.

En 1999 el comité del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos después de analizar el cuarto informe periódico sobre la observancia de la Convención de las Naciones Unidas sobre derechos civiles y políticos presentado por Polonia, expuso lo siguiente:

1.1 El Comité observa con preocupación:

²⁵⁵Cfr. SILVA García Fernando (coord.), op. cit.p. 527

- a) las estrictas leyes sobre el aborto que dan como resultado el alto número de abortos clandestinos con riesgos y con concomitantes a la vida y a la salud de las mujeres;
- b) el acceso limitado que tienen las mujeres a los anticonceptivos debido a los altos precios y al acceso restringido que existe para obtener una receta que cumpla con los requisitos;
- c) la eliminación de la educación sexual en el programa escolar y
- d) la insuficiencia de programas públicos de planeación familiar.²⁵⁶

En 2004 el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas evaluó que la legislación polaca, relacionada con el acceso al aborto, era demasiado estricta y que imposibilitaba llevar a cabo la terminación del embarazo, y que como consecuencia de esta situación se ponía en riesgo la salud y la vida de las mujeres polacas.

En 2006 el Tribunal Europeo de Derechos Humanos admitió la demanda de la señora Alicia Tysiac contra el Estado Polaco, argumentando que el país no garantizaba la protección de sus derechos humanos, en específico el derecho a la vida privada, a la integridad física y moral.

El caso estudió la problemática sobre establecer una justificación constitucional para abortar en los casos en que existiera algún riesgo para la salud o la vida de la madre.

El Tribunal determinó que la inexistencia de un marco legal que justifique y respalde la necesidad de abortar debido a un problema físico vulnera el derecho de toda mujer a proteger su propio cuerpo.

Respecto a la protección jurídica del feto, existen dos posturas que sirvieron como referencia para el Tribunal Europeo: por un lado el Tribunal Constitucional Español se ha pronunciado en el sentido de considerar que el feto no se le debe considerar como persona, pero sí constituye un bien jurídico constitucionalmente protegido. Sin embargo, esta protección no es absoluta pues como todos los bienes jurídicos, acepta ciertas limitaciones. El Tribunal ha considerado que una de estas limitaciones es que los derechos del feto no pueden prevalecer incondicionalmente sobre los derechos de la mujer.

Por otro lado, los tribunales de Gran Bretaña han aceptado la figura del estado de necesidad como defensa penal general para proteger los derechos de la mujer; este concepto no se limita a las circunstancias que plantean una amenaza directa a la vida o salud de la mujer sino también amenazas a la salud mental y bienestar socio-económico.

La resolución del Tribunal Europeo respecto al caso polaco, en cierta medida, sigue la postura del tribunal británico, al considerar que “no es su función juzgar los dictámenes clínicos de los médicos, ni tampoco trazar conclusiones sobre si la condición de la quejosa tendría repercusiones en su salud después de dar a luz.”²⁵⁷

²⁵⁶Cfr. SILVA García Fernando (coord.), op. cit. p. 581

²⁵⁷ *ibidem* p. 570

En marzo de 2007 se dictó la sentencia definitiva en donde el Tribunal consideró suficiente la amenaza que implicaba el embarazo para la salud de la señora Alicia Tysiac para justificar la práctica del aborto, al existir dictámenes médicos que hacían posible suponer racionalmente la existencia de dicho riesgo. También resolvió que la legislación polaca pone en riesgo la vida de las mujeres embarazadas al no contar con un mecanismo para solucionar los conflictos entre doctores y pacientes o entre los mismos doctores respecto a los riesgos que conlleva la práctica de un aborto.

Natalia Reyes Heróles plantea que la verdadera discusión se encuentra detrás de los conceptos de vida privada, autonomía y dignidad humana. Debido a que la Ley de Planificación Familiar sólo permite el aborto en casos limitados, y a que desde el momento en que la mujer está embarazada surgen intereses legalmente protegidos; se cuestiona si estos intereses se encuentran por encima del derecho de las mujeres a la vida privada, autonomía y dignidad humana.²⁵⁸

Sin embargo, considera que la sentencia implica un avance en la interpretación de los supuestos que constituyen una amenaza para la salud de la madre en la realización de un aborto.

2.2 LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO

En este subcapítulo expondré la situación de los derechos sexuales y reproductivos en el caso mexicano, empezando con su fundamento legal, su papel en el plan nacional de desarrollo y el trabajo de las organizaciones no gubernamentales respecto al tema.

Como visión general, siguiendo a Marcela Martínez Roaro, los derechos sexuales implican el ejercicio de los siguientes derechos contemplados en la Constitución:

- No ser discriminado/a en razón del sexo, género, estado civil u orientación sexual (artículos 1 y 4)
- Vivir y expresar la identidad genérica (artículos 1, 6 y 7)
- Vivir y expresar la orientación sexual, incluyendo el cambio de sexo (artículos 1, 6 y 7)
- Vivir y expresar el erotismo (artículos 1, 6 y 7)
- Recibir información y educación sexual científica (artículos 3 y 7)
- La protección a la salud sexual (artículo 4)
- Ser respetado/a en la intimidad sexual (no contemplado)
- Vincularse y desvincularse en pareja, trío, cuarteto, etc. heterosexual, homosexual, bisexual, etc. (no contemplado)²⁵⁹

Por otro lado, los derechos reproductivos implican:

- Decidir cuándo, cómo y con quién procrear (artículo 4)
- Reproducirse en todas las formas permitidas (artículo 4)

²⁵⁸Cfr. SILVA García Fernando (coord.), op. cit. p. 571

²⁵⁹ Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. p. 253

- No reproducirse (artículo 4)
- La protección de la salud reproductiva (artículo 4)
- Recibir información y educación científica sobre reproducción y reproductividad (maternidad y paternidad) (artículos 3, 4 y 7)
- Ejercer la maternidad y paternidad (artículo 4)²⁶⁰

A. FUNDAMENTO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En primer lugar, para encontrar el fundamento jurídico de los derechos sexuales y reproductivos en México, debemos empezar por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En este documento fundamental encontramos que en el último párrafo del artículo primero se establece que queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Queda claro que la discriminación está prohibida en el país por cualquier razón, incluyendo las preferencias y la identidad sexual.

Por otro lado, respecto al derecho a la educación sexual, en el artículo tercero de la Constitución establece que la educación se basará en el respecto de la dignidad de las personas, con un enfoque de derechos humanos y de igualdad sustantiva y tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él el amor a la Patria, el respeto a todos los derechos, las libertades, la cultura de paz y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia; promoverá la honestidad, los valores y la mejora continua del proceso de enseñanza aprendizaje.

También establece que los planes y programas de estudio tendrán perspectiva de género y una orientación integral, por lo que se incluirá el conocimiento de las ciencias y humanidades: la promoción de estilos de vida saludables, la educación sexual y reproductiva y el cuidado al medio ambiente, entre otras.

Por otra parte, este mismo artículo asegura que la educación será laica y ajena a cualquier doctrina religiosa.

Cabe agregar que la fracción VIII establece que:

El Congreso de la Unión, con el fin de unificar y coordinar la educación en toda la República, expedirá las leyes necesarias, destinadas a distribuir la función social educativa entre la Federación, las entidades federativas y los Municipios, a fijar las aportaciones económicas correspondientes a ese servicio público y a señalar las sanciones aplicables a los funcionarios que no cumplan o no hagan cumplir las disposiciones relativas, lo mismo que a todos aquellos que las infrinjan;

²⁶⁰ Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. p. 299

Otro artículo importante para los derechos sexuales y reproductivos es el artículo 4o, el cual dicta:

Artículo 4o. La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Ésta 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.

El ejercicio de este derecho está condicionado por los siguientes tres supuestos:

a) Librementemente, es decir, que la decisión sea tomada sin que medie ningún tipo de coacción.

b) Responsablemente, implica la obligación de responder ante las posibles consecuencias futuras de la decisión tomada.

c) Informadamente, la decisión sólo puede tomarse libre y responsablemente, en la medida en la que se tenga la posibilidad de acceso a información seria, veraz y científica.

Por último, este derecho puede ejercerse de tres formas: por reproducción natural, mediante cópula de hombre y mujer; reproducción artificial, asistida o tecnológica, a través de formas de inseminación artificial; y por reproducción jurídica, es decir, la adopción.²⁶¹

El artículo 6 constitucional establece el derecho a la libertad de expresión, siempre que no ataque a la moral, la vida privada o los derechos de terceros, provoque algún delito o perturbe el orden público.

Y el artículo 7 habla sobre la libertad de divulgar opiniones, información o ideas, a través de cualquier medio, con las mismas restricciones contempladas en el artículo anterior

LEYES GENERALES Y SUS REGLAMENTOS

Existen tres leyes generales importantes para el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos: Ley General de Salud, Ley General de Educación y Ley General de Población.

Ley General de Población²⁶²

El artículo 3o de esta ley establece que la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante las dependencias competentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para:

II.- Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país;

²⁶¹ Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. pp. 305 y 306

²⁶² Ley General de Población. DOF 12 de julio de 2018

También se contempla, en el artículo 5, la creación del Consejo Nacional de Población quien se encargará de la planeación demográfica del país.

Por su parte, el artículo 5 del reglamento de la Ley General de Población²⁶³ establece que la política nacional de población tiene por objeto: incidir en el volumen, dinámica, estructura por edades y sexo y distribución de la población en el territorio nacional, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes y al logro de la participación justa y equitativa de hombres y mujeres en los beneficios del desarrollo económico y social.

En este reglamento existe una sección dedicada a la planificación familiar que abarca desde el artículo 13 hasta el 23.

Para efectos del reglamento, la planificación familiar es el ejercicio del derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.²⁶⁴

Respecto a los programas de planificación familiar establece que éstos serán gratuitos e indicativos y que se deberá proporcionar información general e individualizada sobre sus objetivos, métodos y consecuencias con el objetivo de que las personas puedan ejercer con responsabilidad su derecho a elegir y orientará sobre infertilidad. No se identificará la planificación familiar con el control natal u otros sistemas que impliquen acciones apremiantes o coactivas para las personas que impidan el ejercicio de sus derechos.²⁶⁵

Se menciona que:

Artículo 15.- Los servicios de planificación familiar deberán estar integrados y coordinados con los de salud, salud reproductiva, educación, seguridad social e información pública y otros destinados a lograr el bienestar de los individuos y de la familia, con un enfoque de género, y de conformidad con lo establecido en la Ley, el presente Reglamento y las demás disposiciones aplicables.

Artículo 17.- Los programas de planificación familiar incorporarán el enfoque de género e informarán de manera clara y llana sobre fenómenos demográficos y de salud reproductiva, así como las vinculaciones de la familia con el proceso general de desarrollo, e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad.

La responsabilidad de las parejas e individuos en el ejercicio del derecho a planificar su familia, consiste en tomar en cuenta las necesidades de sus hijos, vivos y futuros, y su solidaridad con los demás miembros de la comunidad, para dar lugar a un mayor bienestar individual y colectivo.

Además, de acuerdo con el artículo 18, la educación e información sobre planificación familiar deberán divulgar los beneficios de decidir de manera libre y

²⁶³ Reglamento de la Ley General de Población. DOF 28 de septiembre de 2012

²⁶⁴ Artículo 13

²⁶⁵ Artículos 14 y 16

responsable e incluir los riesgos que causan infertilidad y las estrategias de prevención y control; se pondrá especial atención en que jóvenes y adolescentes reciban la información.

Los servicios de información, salud, salud reproductiva y educación sobre planificación familiar a cargo de las instituciones públicas se realizarán a través de programas permanentes y garantizarán a la persona la libre decisión sobre los métodos que para regular su fecundidad desee emplear.²⁶⁶

El segundo párrafo del artículo 20 prohíbe obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad. Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias que presten el servicio deberán responsabilizarse de que las y los usuarios reciban orientación adecuada para la adopción del método, así como de recabar su consentimiento a través de la firma o la impresión de la huella dactilar en los formatos institucionales correspondientes.

Respecto a los casos de personas en estado de interdicción sin representante legal, las autoridades de las instituciones y organismos público, social y privado serán las que resuelvan, previo dictamen médico, sobre el ejercicio del derecho a decidir y se dará vista al Ministerio Público.²⁶⁷

En el último artículo de esta sección se menciona que los jueces y oficiales del Registro civil tendrán información sobre planificación familiar, igualdad jurídica de la mujer y del varón, responsabilidades familiares compartidas y organización legal y desarrollo de la familia para que sea difundida.

Por otro lado, el artículo 24 del reglamento establece que los programas de población procurarán:

III. Revaluar el papel de la mujer y del varón en el seno familiar;

IV. Evitar toda forma de abuso, coerción, violencia o discriminación individual o colectiva, hacia las mujeres;

V. Promover la igualdad de derechos y obligaciones para mujeres y hombres en el seno de la familia y la participación de sus integrantes en un marco de relaciones de corresponsabilidad, así como establecer medidas para impulsar la igualdad social y económica entre la mujer y el varón;

VI. Fomentar la participación igualitaria de la pareja en las decisiones relativas a planificación familiar;

VII. Fomentar decisiones libres, informadas y conscientes en relación con los derechos y obligaciones que adquieren las parejas al unirse en matrimonio, el número y espaciamiento de los hijos, el cuidado y atención de los menores, ancianos y discapacitados, entre otros;

²⁶⁶Artículos 19 y 20

²⁶⁷ Artículo 21

VIII. Realizar y promover acciones de educación y comunicación que generen el ejercicio de la paternidad responsable y refuercen el mejor desempeño de los padres en la formación de los hijos y en la transmisión de los valores familiares y cívicos;

IX. Diseñar campañas y llevar a cabo acciones que sensibilicen a la población acerca de la violencia contra la mujer en todas sus formas, así como en cuanto a las repercusiones que este problema social ejerce sobre el desarrollo integral de la mujer y la familia, y que contribuyan a prevenir la violencia en el seno familiar y a fortalecer especialmente en los menores, adolescentes y jóvenes una cultura de respeto a los miembros de la familia y a la dignidad de la mujer

Relacionado con lo anterior, los programas del Ejecutivo Federal, en relación con la mujer, deberán considerar cuando menos las siguientes áreas:

I) Educación;

II) Cuidado de la salud;

VIII) Mujer y familia;

X) Derechos de la mujer;

XII) Combate a la violencia, abusos y prácticas discriminatorias hacia la mujer.²⁶⁸

Por su parte, el Consejo Nacional de Población como encargado de la planeación demográfica nacional tendrá las siguientes funciones:

I. Formular, coordinar, dar seguimiento y evaluar los programas derivados de la planeación demográfica nacional;

II. Establecer previsiones, consideraciones y criterios demográficos de orden general, para que sean incluidos en los programas de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal;

III. Establecer las bases y los procedimientos de coordinación entre las dependencias, entidades e instituciones que participen en los programas de población;

IV. Celebrar las bases y procedimientos de coordinación con el Ejecutivo de las entidades federativas, con la participación que corresponda a los municipios, para el desarrollo de los programas y acciones coordinadas en la materia;

V. Promover que las entidades federativas formen los respectivos programas de población en el marco de la política nacional de población, y

VI. Las demás que señala la Ley, el presente Reglamento y las que sean necesarias para el cumplimiento de sus fines y funciones.²⁶⁹

Ley General de Educación²⁷⁰

La Ley General de Educación garantiza el derecho reconocido en el artículo 3o. constitucional; su objeto es regular la educación que imparte la Federación, los Estados, la Ciudad de México y los municipios, así como los organismos descentralizados y los particulares que cuenten con autorización.

²⁶⁸ Artículo 27

²⁶⁹ Artículo 35

²⁷⁰ Ley General de Educación. DOF 30 de septiembre de 2019

El artículo 26 menciona que la Secretaría de Cultura y la Secretaría de Salud podrán hacer sugerencias sobre el contenido de los planes y programas de estudio en materia de estilos de vida saludables, educación sexual integral y reproductiva, entre otros.

El artículo 30 enlista los contenidos de los planes y programas de estudio, en donde se encuentra:

VIII. La promoción de estilos de vida saludables, la educación para la salud, la importancia de la donación de órganos, tejidos y sangre;

IX. El fomento de la igualdad de género para la construcción de una sociedad justa e igualitaria;

X. La educación sexual integral y reproductiva que implica el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar, la maternidad y la paternidad responsable, la prevención de los embarazos adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual;

Respecto a los planes y programas de estudio, quienes ejercen la patria potestad o la tutela podrán emitir su opinión (artículo 128 fracción VIII).

Por último, una cuestión que quisiera resaltar es que el artículo 126 establece que las autoridades educativas fomentarán la participación de los actores sociales involucrados en el proceso de enseñanza aprendizaje, si bien no tiene una relación directa con los derechos sexuales y reproductivos, esta disposición da pie al involucramiento de asociaciones civiles que se dedican a estos temas.

Ley General de Salud²⁷¹

La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud contemplado en el artículo 4o. constitucional y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

De acuerdo con el artículo 3o. es materia de salubridad general: la atención materno-infantil; la planificación familiar; la educación para la salud; el Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual; entre otros.

El artículo 27 de la ley considera servicios básicos de salud los relacionados a:

I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;

II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria,

III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

IV. La atención materno-infantil;

V. La salud sexual y reproductiva.

²⁷¹ Ley General de Salud. DOF 01 de junio de 2021

XI. La atención médica a las personas adultas mayores en áreas de salud geriátrica.

Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno.²⁷² De igual manera, tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz y orientación necesaria respecto a su salud, los riesgos y alternativas de los procedimientos y diagnósticos que se le indiquen o apliquen.²⁷³

El capítulo V del título tercero de la ley, está dedicado a la atención materno-infantil y tiene como objeto la promoción de la salud materna, la cual comprende el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio.

Se menciona que toda mujer embarazada tiene derecho a obtener servicios de salud con estricto respeto de sus derechos humanos y se establece la promoción de la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil.

En los servicios de salud materna-infantil también se contempla la participación de los sectores social y privado, para ello se promoverá la creación de Redes de Apoyo a la Salud materno-infantil a nivel local y federal, con el fin de facilitar el acceso a las mujeres embarazadas a información respecto los servicios de atención médica y brindarles apoyo para el acceso a ellos.

Asimismo, además de las autoridades sanitarias también se contempla la participación de autoridades educativas y laborales.

Por otro lado, la Ley General de Salud contempla un capítulo destinado a los servicios de planificación familiar, los cuales de igual manera tienen carácter prioritario.

Dentro de sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para adolescentes; se debe informar sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años y después de los 35 años, además de la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; lo anterior a través de una correcta información anticonceptiva que deberá ser oportuna, eficaz y completa. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos.

En el artículo 68 se menciona lo que comprenden los servicios de planificación familiar.

La Secretaría de Salud será la encargada de:

1. Definir las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, con base en las políticas dictadas por el Consejo Nacional de Población.²⁷⁴
2. Coordinar las actividades de las dependencias y entidades del sector salud a fin de instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población.²⁷⁵

²⁷² Artículo 51

²⁷³ Artículo 51 Bis 1

²⁷⁴ Artículo 69.

²⁷⁵ Artículo 70.

3. Prestar el asesoramiento a través del Consejo Nacional de Población, para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual que requiera el sistema educativo nacional.²⁷⁶

Por otra parte, el artículo 110 de la ley dicta que la promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva; y que comprende la educación para la salud.

Al respecto, la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.²⁷⁷

Por otro lado, el artículo 134 contempla la prevención y control de enfermedades, para el caso que nos ocupa, la Secretaría de Salud y los gobiernos locales, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles:

VIII. Sífilis, infecciones gonocócicas, virus del papiloma humano y otras enfermedades de transmisión sexual;

XIII. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Por último, la Ley General de Salud contempla dos disposiciones de carácter punitivo respecto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos:

El primero se encuentra en el artículo 67 al establecer que “quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.”

Y el segundo se encuentra en el artículo 466, el cual establece:

Al que sin consentimiento de una mujer o aun con su consentimiento, si ésta fuere menor o incapaz, realice en ella inseminación artificial, se le aplicará prisión de uno a tres años, si no se produce el embarazo como resultado de la inseminación; si resulta embarazo, se impondrá prisión de dos a ocho años.

La mujer casada no podrá otorgar su consentimiento para ser inseminada sin la conformidad de su cónyuge.

Existen dos reglamentos que se derivan de la Ley General de Salud importantes para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

²⁷⁶ Artículo 71.

²⁷⁷ Artículo 113.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.²⁷⁸

Este reglamento menciona que los establecimientos de carácter privado colaborarán en la prestación de los servicios básicos 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.²⁷⁹

También define que para efectos del reglamento, un hospital gineco-obstétrico es todo establecimiento médico especializado que tenga como fin la atención de enfermedades de aparato genital femenino, del embarazo, el parto y el puerperio²⁸⁰, los responsables de estos hospitales sólo podrán ser médicos especializados en gineco obstetricia con un mínimo de 5 años en el ejercicio de la especialidad y tendrán la obligación de tomar las medidas necesarias para disminuir la morbimortalidad materno infantil, acatando las recomendaciones que dicten los comités nacionales respectivos.

El reglamento establece que los reclusorios para mujeres, los orfanatorios y casas de cuna deben contar con instalaciones para la atención del embarazo, parto y puerperio y de los recién nacidos.²⁸¹

Existe en el reglamento una figura llamada personal no profesional autorizado, el cual se integra por las personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con autorización de la Secretaría; este personal podrá prestar servicios de obstetricia y planificación familiar. El personal no profesional autorizado en materia obstétrica podrá:

I.- Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso a la Secretaría;

II.- Prescribir los medicamentos que en esos casos se requieran de acuerdo a las Normas Técnicas que para dicho fin emita la Secretaría, y

III.- Realizar las demás actividades que determine la Secretaría.²⁸²

Sin embargo, tiene prohibido:

I.- Atender los embarazos, partos o puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o la transferencia de la paciente a la unidad de atención médica más cercana, hagan peligrar la vida de la madre o del producto.

II.- Realizar intervenciones quirúrgicas;

III.- Prescribir distintos medicamentos de los expresamente autorizados;

IV.- Provocar abortos, y

V.- Las demás actividades que determine la Secretaría.²⁸³

Por otro lado, el reglamento también contempla disposiciones para la prestación de servicios de planificación familiar, en donde las instituciones públicas, sociales y

²⁷⁸ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

²⁷⁹ Artículo 17.

²⁸⁰ Artículo 96 fracción I

²⁸¹ Artículos 100 y 101

²⁸² Artículo 110

²⁸³ Artículo 111

privadas tendrán la obligación de proporcionar de manera gratuita los servicios que incluyan información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar.

El artículo 119 del reglamento establece 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, y se deberán realizar de conformidad con las normas técnicas correspondientes.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud²⁸⁴

Este documento desarrolla un capítulo sobre la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; y sobre la utilización de Embriones, Óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida.

Al respecto, realiza las siguientes definiciones:

Mujeres en edad fértil: Desde el inicio de la pubertad hasta el inicio de la menopausia;

Embarazo: El periodo comprendido desde la fecundación del óvulo (evidenciada por cualquier signo o síntoma presuntivo de embarazo, como suspensión de menstruación o prueba positiva del embarazo médicamente aceptada) hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

Embrión: El producto de la concepción desde la fecundación del óvulo hasta el final de la decimosegunda semana de gestión;

Feto: El producto de la concepción desde el principio de la decimotercera semana de la gestación hasta su expulsión o extracción;

Obito Fetal: La muerte del feto en el útero;

Nacimiento vivo: Es la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, del seno materno, cuando después de dicha separación respire y lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta;

Nacimiento Muerto: Es la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, del seno materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta;

Trabajo de parto: Es el periodo comprendido desde el inicio de las contracciones uterinas (con características progresivas de intensidad, irrigación y duración) y que termina con la expulsión o extracción del feto y sus anexos;

Puerperio: Es el periodo que se inicia con la expulsión o extracción del feto y sus anexos hasta lograr la involución de los cambios gestacionales (aproximadamente durante 42 días)

Lactancia: Es un fenómeno fisiológico en el cual ocurre la secreción láctea a partir de la expulsión o extracción del feto y sus anexos,

²⁸⁴ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

Fertilización asistida: Es aquella en que la inseminación es artificial (homóloga o heteróloga) e incluye la fertilización in vitro.²⁸⁵

Este reglamento establece las medidas que se deberán realizar en las siguientes investigaciones:

- En las investigaciones clasificadas como el mayor riesgo mayor que el mínimo que se realicen en mujeres en edad fértil, se deberá certificar que las mujeres no están embarazadas, previamente a su aceptación como sujetos de investigación, y disminuir las posibilidades de embarazo durante el desarrollo de la investigación.²⁸⁶

- En investigaciones en mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia; en nacimientos vivo o muertos; de utilización de embriones, óbitos o fetos; y para la fertilización asistida, se requiere obtener la carta de consentimiento informado de la mujer y de su cónyuge o concubinario, previa información de los riesgos posibles para el embrión, feto o recién nacido en su caso.²⁸⁷

- Las investigaciones que se realicen en mujeres embarazadas deberán estar precedidas de estudios realizados en mujeres no embarazadas que demuestren su seguridad, a excepción de estudios específicos que requieran de dicha condición.²⁸⁸

- Las investigaciones en mujeres embarazadas, cuyo objetivo sea obtener conocimientos generalizables sobre el embarazo, no deberán representar un riesgo mayor al mínimo para la mujer, el embrión o el feto.²⁸⁹

- Las investigaciones en mujeres embarazadas que impliquen una intervención o procedimiento experimental no relacionado al embarazo, pero con beneficio terapéutico para la mujer, no deberán exponer al embrión o al feto a un riesgo mayor al mínimo, excepto cuando el empleo de la intervención o procedimiento se justifique para salvar la vida de la mujer.²⁹⁰

- Las investigaciones en mujeres embarazadas, con beneficio terapéutico relacionado con el embarazo, se permitirán cuando tengan por objeto mejorar la salud de la embarazada con un riesgo mínimo para el embrión o feto, o cuando estén encaminadas a incrementar la viabilidad del feto, con un riesgo mínimo para la embarazada.²⁹¹

- Las investigaciones en mujeres en puerperio se permitirán cuando no interfieran con la salud de la madre y del recién nacido.²⁹²

- Las investigaciones en mujeres durante la lactancia serán autorizadas cuando no exista riesgo para el lactante o cuando la madre decida no amamantarlo, se

²⁸⁵ Artículo 40

²⁸⁶ Artículo 42

²⁸⁷ Artículo 43

²⁸⁸ Artículo 44

²⁸⁹ Artículo 45

²⁹⁰ Artículo 46

²⁹¹ Artículo 47

²⁹² Artículo 50

asegure su alimentación por otro método y se obtenga la carta de consentimiento informado.²⁹³

- Los nacimientos vivos podrán ser sujetos de investigación si se cumple con las disposiciones sobre investigación en menores, indicadas en el Reglamento.²⁹⁴

- La investigación sobre fertilización asistida sólo será admisible cuando se aplique a la solución de problemas de esterilidad que no se puedan resolver de otra manera, respetándose el punto de vista moral, cultural y social de la pareja, aun si éste difiere con el de investigador.²⁹⁵

Cabe aclarar que:

Durante la ejecución de investigaciones en mujeres embarazadas:

I. Los investigadores no tendrán autoridad para decidir sobre el momento, método o procedimiento empleados para terminar el embarazo, ni participarán en decisiones sobre la viabilidad del feto;

II. Sólo con la autorización de la Comisión Ética podrá modificarse el método para terminar el embarazo con propósitos de investigación, cuando tales modificaciones signifiquen un riesgo mínimo para la salud de la madre y no representen riesgo alguno para la sobrevivencia del feto, y

III. En todo caso queda estrictamente prohibido otorgar estímulos monetarios o de otro tipo para interrumpir el embarazo, por el interés de la investigación o por otras razones.²⁹⁶

Que los fetos serán sujetos de investigación solamente si las técnicas y medios utilizados proporcionan la máxima seguridad para ellos y la embarazada.²⁹⁷

Y que los recién nacidos no serán sujetos de investigación hasta que se haya establecido con certeza si son o no nacimientos vivos, excepto cuando la investigación tenga por objeto aumentar su probabilidad de sobrevivencia hasta la fase de viabilidad, los procedimientos del estudio no causen el cese de sus funciones vitales o cuando, sin agregar ningún riesgo, se busque obtener conocimientos generalizables importantes que no puedan obtenerse de otro modo.²⁹⁸

Otras leyes

Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes²⁹⁹

El artículo 21 de esta ley establece que niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos contra actos u omisiones que puedan afectar su salud física o mental, su normal desarrollo o su derecho a la educación en los términos establecidos en el artículo 3o. constitucional. Se les protegerá cuando se vean afectados por el descuido, la negligencia, el abandono, el abuso emocional, físico y sexual.

²⁹³ Artículo 51

²⁹⁴ Artículo 54

²⁹⁵ Artículo 56

²⁹⁶ Artículo 48

²⁹⁷ Artículo 52

²⁹⁸ Artículo 53

²⁹⁹ Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. DOF 29 de mayo de 2000

Respecto al derecho a la salud que tienen las niñas, niños y adolescentes, el artículo 28 establece que las autoridades federales, estatales y municipales estarán coordinadas a fin de:

C. Promover la lactancia materna.

F. Ofrecer atención pre y post natal a las madres.

G. Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas.

H. Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.

J. Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de infantes y adolescentes víctimas o sujetos de violencia familiar.

En relación con el derecho a la educación, las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que ésta respete su dignidad y los prepare para la vida en un espíritu de comprensión, paz y tolerancia. Además, las leyes promoverán las medidas necesarias para que se les proporcione la atención educativa que por su edad, madurez y circunstancias especiales requieran para su pleno desarrollo.³⁰⁰

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación³⁰¹

El artículo 9 de esta ley dicta que se consideran como discriminación, entre otras:

VI. Negar o limitar información sobre derechos sexuales y reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas;

VII. Negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios;

XXVIII. Realizar o promover violencia física, sexual, o psicológica, patrimonial o económica por la edad, género, discapacidad, apariencia física, forma de vestir, hablar, gesticular o por asumir públicamente su preferencia sexual, o por cualquier otro motivo de discriminación;

XXXII. Estigmatizar y negar derechos a personas con VIH/SIDA;

Con el fin de erradicar las diferentes formas de discriminación, el artículo 15 Sextus menciona algunas medidas de inclusión que podrán comprender:

I. La educación para la igualdad y la diversidad dentro del sistema educativo nacional;

III. El desarrollo de políticas contra la homofobia, xenofobia, la misoginia, la discriminación por apariencia o el adultocentrismo;

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar³⁰²

³⁰⁰ Artículo 32

³⁰¹ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. DOF 21 de junio de 2018

³⁰² NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. DOF 9 de enero de 2003

El objeto de esta Norma es uniformar los criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basada en la aplicación del enfoque holístico de salud reproductiva³⁰³

El campo de aplicación de la Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y enumera los requisitos para la organización, la prestación de servicios y el desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Esta Norma es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores público, social y privado del país.

En la sección sobre definiciones, se establece que se entenderá lo siguiente:

Aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 grs. de peso o hasta la semana 20 de la gestación.

Calidad de servicios de planificación familiar: Se define como la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por el Sistema de Servicios de Planificación Familiar, y considera seis elementos: variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión, información que se proporciona a los usuarios, competencia técnica de los prestadores de servicios, relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios, mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y, un conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar.

Consejería: La consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos.

Planificación familiar: Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho

³⁰³ Apartado 1.1

es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.

Relación sexual: Para los fines de esta Norma se considera relación sexual únicamente el coito vaginal.

Salud reproductiva: Estado general de bienestar físico-mental y social, de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

La norma establece que los servicios de planificación familiar deberán proporcionar información, orientación, consejería, prescripción y aplicación de:

Métodos de control de la fertilidad

Identificación y referencia en casos de esterilidad e infertilidad

Prevención de infecciones de transmisión sexual

Atención materno-infantil

Detección del riesgo preconcepcional

Detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y de mama

Manejo de la perimenopausia y posmenopausia

Además, agrega que la planificación familiar tiene como propósito contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante: a) Prevención b) Orientación-consejería y c) Atención general y específica.³⁰⁴

Estos servicios impartidos por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades: Promoción y difusión; información y educación; Consejería; selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos; e identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad. Cabe aclarar que los servicios serán gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público.

La norma establece el derecho de todo usuario a asistir libremente al servicio de planificación familiar, para recibir atención cuando tenga alguna duda, presente o refiera algún efecto colateral imputable al uso del método anticonceptivo, aun cuando no hubiera cita concertada, debiendo ser atendido a la brevedad posible por personal capacitado.³⁰⁵

Respecto a la promoción y difusión de los servicios de planificación familiar estos se efectuarán a través de acciones de comunicación en medios de difusión masiva, participación social y comunitaria mediante técnicas grupales, entrevistas personales, visitas domiciliarias y otros medios pertinentes, a fin de dar a conocer los beneficios a la salud de la práctica de la planificación familiar.

Por lo que toca a la información y educación debe impartirse en forma regular, tanto a hombres como a mujeres de cualquier edad, en forma grupal o individual, temas que faciliten la comprensión del proceso reproductivo y que ayuden a las personas en el

³⁰⁴ Apartado 4.1.1

³⁰⁵ Apartado 4.1.4

proceso de toma de decisiones. Los temas deberán ser seleccionados por el personal de salud de acuerdo con el tipo de auditorio al que vayan dirigidos.

La NOM define que la consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos. Esta consejería deberá informar las ventajas, contraindicaciones y efectos colaterales de los métodos anticonceptivos, dependiendo de las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles aceptantes y deberá incluirse siempre, la advertencia de que la práctica responsable de la sexualidad y el uso del condón son las únicas formas de protección a las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA.

Es importante señalar que la consejería debe dar particular atención a adolescentes, usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente, población de diferentes etnias (indígenas), individuos que presentan limitaciones físicas, responsables legales de individuos que presentan limitaciones psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión, mujeres en el posparto o poscesárea con un producto de alto riesgo, hombres y mujeres, cuando su hijo recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia, mujeres con riesgo reproductivo u obstétrico alto y, personas que no saben leer y escribir.

Debido al importante papel de la Consejería, es necesario que el prestador de estos servicios haya recibido una capacitación especial, ya sea personal médico, de enfermería, trabajo social u otro personal paramédico, promotor de salud y agente de salud comunitaria. La consejería puede impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario potencial haga al prestador de servicio y puede llevarse a cabo en las unidades médicas de consulta, externa y hospitalización, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los usuarios potenciales y activos pero no se efectuará ante situaciones de crisis o cuando la capacidad de juicio o raciocinio se encuentren comprometidas.

Pasando a otro tema, la norma establece que los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes:

- Temporales: Hormonales orales, hormonales inyectables, hormonales subdérmicos, dispositivos intrauterinos, condón masculino y femenino, métodos de barrera y espermicidas y, métodos tradicionales, naturales o de abstinencia periódica.
- Permanentes: Oclusión tubaria bilateral y Vasectomía.

Ahora bien, para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, se deben efectuar los siguientes procedimientos:

1. Historia clínica completa que consta de un interrogatorio y un examen físico.

2. Valoración del riesgo reproductivo que implica:

Consejería, que garantice la selección plenamente informada de un método anticonceptivo, por el usuario/a.

Señalamiento de efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales, e indicaciones sobre el uso del método.

Seguimiento de los/las usuarios, para detectar oportunamente, embarazo, uso incorrecto del método y efectos colaterales.

Referencia a otra unidad de salud, cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método anticonceptivo seleccionado en el lugar de origen.³⁰⁶

Por último, respecto a la esterilidad e infertilidad, se establece que las parejas que soliciten atención primaria a la salud por esterilidad o infertilidad deben recibir información acerca de salud reproductiva, sexualidad y características del periodo fértil. El médico debe recabar, en las primeras consultas, la historia clínica de ambos integrantes de la pareja, con especial énfasis en la historia menstrual de la mujer, así como el registro de su temperatura basal durante dos ciclos.

NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.³⁰⁷

Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida; es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

La NOM realiza las siguientes definiciones:

- Atención prenatal: serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. Incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata.

³⁰⁶ Apartado 4.5.2

³⁰⁷ NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF 7 de abril de 2016

- Calidad de la atención en salud: grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

- Promoción de la salud: estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

- Obstetricia: parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.³⁰⁸

Se establece que la atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

La NOM considera la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, por ello establece que la atención debe ser integral para que dicha reproducción sea libremente escogida y segura.

Se recomienda que toda mujer que desee embarazarse debe acudir a un establecimiento para la atención médica, de preferencia acompañada de su pareja y tres meses antes de intentar el embarazo, en el establecimiento recibirán asesoría médica sobre el riesgo reproductivo.³⁰⁹

La NOM destaca que la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, y facilitando apoyo psicológico durante su evolución.³¹⁰ Además los establecimientos para la atención médica deben garantizar la prestación de los servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas.³¹¹ Y por supuesto, establece que ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercer algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.³¹²

Por otro lado, el apartado 5.2.1.9 establece que en el caso en que se atienda a una mujer embarazada menor de 15 años se deberá realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género.

Durante las consultas, el personal de salud deberá:

³⁰⁸ Apartado 3

³⁰⁹ Apartado 5.1.9

³¹⁰ Apartado 5.1.11

³¹¹ Apartado 5.1.14

³¹² Apartado 5.5.3

- Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.

- Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se co responsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.

- Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico, de preferencia en el post-parto o post-aborto inmediato y antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo.³¹³

Por último, se establece que, en todo establecimiento para la atención médica, el personal de salud debe:

- Desarrollar acciones de educación para la salud orientadas a favorecer la decisión libre e informada que estimule en las madres y padres actitudes y aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad, paternidad, familias y ambientes de trabajo saludables.

- Promover, impulsar y fortalecer la participación de autoridades comunitarias, municipales y de la sociedad civil organizada, para la elaboración y ejecución de acciones que disminuyan los factores de riesgos que afectan la salud materna y perinatal, incluyendo la violencia familiar y de género y los factores ambientales negativos.³¹⁴

NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.³¹⁵

Esta NOM define que la perspectiva de género es una visión analítica en búsqueda de la inequidad entre hombres y mujeres, con igualdad de oportunidades.

Establece que la promoción de la salud se enfoca a la población en general y especialmente a las mujeres y sus parejas y que incluye acciones de educación para la salud, participación social y capacitación a promotores institucionales y comunitarios.

Las actividades de Educación para la Salud comprenden:

- Informar a la población en general sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

- Alentar la demanda de atención médica oportuna, periódica y de alta calidad con fines de detección y en su caso de tratamiento, garantizando la información suficiente de la usuaria, así como su consentimiento informado.

³¹³ Apartado 5.3.1

³¹⁴ Apartado 5.11.1

³¹⁵ NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. DOF 6 de marzo de 1998

- Orientar a las mujeres sobre su responsabilidad en el autocuidado de su salud y a los varones sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad.³¹⁶

Respecto a las actividades de Participación Social estas son:

- Promover la participación de grupos organizados y de líderes de la comunidad para que actúen como informadores y promotores ante su núcleo de influencia.

- Concertar y coordinarse con el sector educativo, especialmente de nivel medio y superior, para que el tema se trate en el ámbito de la educación formal.

- Invitar a las agrupaciones gremiales y centros laborales a organizar campañas intensivas de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, entre su población femenina.

- Impulsar a que asociaciones de profesionales del campo de la salud, de la comunicación y organismos no gubernamentales, participen en la vigilancia de la calidad, oportunidad y veracidad de la información que se proporcione a la población.

Las instituciones del Sector Público y organizaciones civiles establecerán mecanismos de reconocimiento al personal profesional del área de salud, que participe como promotores en este programa.

- Capacitar a promotores institucionales y voluntarios.³¹⁷

Por último, establece que los factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero son, entre otros:

- Mujer en el grupo de 25 a 64 años de edad
- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años)
- Múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer)
- Infección cervical por virus del papiloma humano
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- Nunca haberse practicado el estudio citológico

NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.³¹⁸

Esta norma establece los criterios a seguir para brindar la atención integral a la salud, la prevención y el control de enfermedades en las personas de entre 10 a 19 años de edad y la promoción de la salud con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales. Es de observancia obligatoria para el personal de salud y las instituciones de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

En este documento se entiende lo siguiente:

Atención integral para la salud de las personas del Grupo Etario: conjunto de servicios con enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad y acciones que

³¹⁶ Apartado 6.1.1

³¹⁷ Apartado 6.1.2

³¹⁸ NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. DOF 12 de agosto de 2015

las instituciones de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud brindan a dichas personas, sin discriminación, con el fin de promover y proteger su salud.

Metodologías participativas: métodos y enfoques activos que animan y fomentan que las personas se apropien del tema y contribuyan con sus experiencias. Los participantes contribuyen de forma activa al proceso de enseñar y de aprender en vez de recibir pasivamente la información de expertos de afuera, que en ocasiones pueden desconocer o no entender debidamente los temas locales.

Perspectiva de género: metodología y mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.

Servicio Amigable: espacio o lugar donde se proporciona atención con calidad, considerando su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez, para contribuir a que tomen decisiones libres, responsables e informadas en materia de salud sexual y reproductiva. Se caracteriza porque la atención se proporciona por personal empático, sensibilizado y capacitado; en un clima de confidencialidad y privacidad, con trato digno, equitativo y respetuoso, sin discriminación de ningún tipo, respetando los derechos humanos, particularmente los sexuales y reproductivos, con perspectiva de género y considerando su pertenencia cultural.

Ahora bien, la atención de este grupo de edad, debe comprender las siguientes acciones:

- Atención inicial del motivo de consulta, la vigilancia (...) de la salud sexual y reproductiva, de la salud mental, bucal y visual.
- Asegurar que de acuerdo con las necesidades de cada paciente y el criterio del personal de salud, la consulta incluya: identificación de factores de riesgo; evaluación clínica; clasificación y/o diagnóstico; tratamiento; consejería en salud; seguimiento del caso, y/o referencia y contrarreferencia.³¹⁹

La atención médica en caso de urgencia se deberá brindar aun con la ausencia de responsables legales, se deberá anotar en el expediente clínico y lo rubricará el responsable del servicio.³²⁰

En el apartado 5.10 se establece que deben realizarse acciones de información, comunicación, educación, prevención y promoción de la salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH y el sida, diagnóstico temprano de cáncer, salud mental, prevención y atención de la violencia, y

³¹⁹ Apartado 5.1

³²⁰ Apartado 5.8.1

otros entre las personas del Grupo Etario, conforme a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez.

Los servicios de salud deberán privilegiar las actividades de promoción y prevención de la salud y tener una estructura flexible, amigable, cálida, garantizando la confidencialidad, la privacidad y el respeto a la dignidad, la inclusión y no discriminación, también debe considerar la edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez del grupo etario.

Por su parte, el personal de salud debe actuar con respeto a derechos humanos, con perspectiva de género y sus servicios deben salvaguardar la intimidad, la confidencialidad, la inclusión y no discriminación, el respeto y el consentimiento libre e informado.³²¹

Algunas de las acciones que incluye la atención integral a las personas del Grupo Etario son las siguientes:

- Información, orientación y sensibilización para la prevención de las ITS;
- Salud sexual y reproductiva;
- Información, orientación y sensibilización para la prevención y atención de la violencia;³²²

La sección 6.8 se dedica al tema de la salud sexual y reproductiva y en ella se establece que durante la atención integral se deberán implementar las acciones para valorar el desarrollo sexual de las personas del Grupo Etario; durante la consulta de atención integral en materia de salud sexual y reproductiva, con base en evidencia científica documentada, el personal de salud, debe proporcionar orientación, consejería y, en el caso de instituciones públicas, cuando se cumpla con los requisitos, se proveerán métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo no planeado y de las ITS.

Cabe hacer aclaraciones respecto a la consejería que debe brindarse al grupo de edad, primero, se entiende por consejería integral al proceso de comunicación entre el personal de salud y la persona del Grupo Etario, que recibe ayuda para identificar y resolver sus dudas y necesidades en materia de salud sexual y reproductiva. La consejería se caracteriza por un intercambio de información de ideas, análisis y deliberación y se podrá solicitar directamente al personal de salud, consejería en materia de planificación familiar, salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, prevención del embarazo no planeado y prevención de las ITS.

Durante la consejería, las personas del Grupo Etario podrán ser acompañadas por su madre, padre, tutor o representante legal o manifestar que elige recibir los servicios de consejería sin acompañamiento a través del formato con la siguiente leyenda:

Por este medio, yo _____, del sexo femenino / masculino, de ___ años de edad, quiero manifestar mi elección de recibir consejería sobre salud sexual y

³²¹ Apartado 5.14

³²² Apartado 6.1

reproductiva SIN el acompañamiento al que se refiere el numeral 6.8.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. El personal de salud me ha informado claramente que es mi derecho acceder a estos servicios, independientemente de mi edad, condición social, estado civil o cualquier otra característica.

En el supuesto anterior, quien otorgue la consejería, debe solicitar la presencia de al menos otro miembro del personal de salud durante el tiempo que dure la consejería.

El personal de salud que proporciona atención en salud sexual y reproductiva a la población del Grupo Etario implementará estrategias para dar a conocer los beneficios y las alternativas para postergar el inicio de un embarazo y prevenir las ITS, mediante el uso simultáneo de un método anticonceptivo, sexo seguro y protegido, incluyendo el uso correcto y consistente del condón. Igualmente debe fomentar en los integrantes de este Grupo, su participación mediante acciones de información, educación y comunicación, incluyendo la educación entre pares y metodologías participativas, para promover el acceso y uso de los servicios de salud, los cuales deben proporcionarse, con respeto, confidencialidad, privacidad, en un ambiente amigable y de confianza, conforme a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez.

Respecto a la prevención y atención de la violencia, el personal de salud deberá realizar las acciones de prevención, atención y referencia de los casos de violencia que detecte en el Grupo Etario, con la finalidad de eliminar o aminorar los daños a la salud que ésta ocasiona.

En caso de detectar una situación de violencia se deberá realizar una entrevista focalizada a fin de identificar los tipos y ámbitos en que se manifiesta la violencia, para otorgar la atención médica requerida. Adicionalmente, se ofertará la prueba de detección para VIH, el tratamiento preventivo profiláctico de antirretrovirales, para evitar en la medida de lo posible la infección por VIH y la pastilla de anticoncepción de emergencia. Tratándose de menores de edad el personal de salud debe incluir la participación de la madre, padre, tutor o quien lo represente legalmente.³²³

Por último, la NOM también hace mención sobre la capacitación del personal del Sistema Nacional de Salud dedicado a la atención integral de la población del Grupo Etario, la cual será responsabilidad de cada institución.

NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual³²⁴

En la introducción la NOM menciona que las infecciones de transmisión sexual constituyen un problema de salud pública por la morbilidad y mortalidad que representan, ya sea de forma directa, por la repercusión que tienen en la calidad de vida, la salud reproductiva y la salud del niño o de la niña, o indirecta, por su función facilitadora para

³²³ Apartado 6.11

³²⁴ NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. DOF 1 de junio de 2017

la transmisión sexual del Virus de la Inmunodeficiencia Humana y su impacto en las economías nacionales e individuales.

Me parece importante resaltar que en el apartado de definiciones se contempla el concepto de abogacía de la salud, entendida como la combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir la aceptación social y apoyo para los objetivos, políticas y programas de salud.

En materia de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, debe realizarse en el marco de la promoción de la salud con el fin de evitar la transmisión de las mismas a través del fortalecimiento de conocimientos, aptitudes, actitudes y hábitos de las personas y en la comunidad para participar en el autocuidado y construcción de una sociedad saludable y debe incluir: manejo de riesgos personales, desarrollo de capacidad y competencia en salud, participación social para la acción comunitaria, desarrollo de entornos saludables, abogacía de la salud y mercadotecnia social en salud.³²⁵

También se establece que se debe promover la participación de la población, los gobiernos locales, las instituciones públicas y privadas para fomentar estilos de vida saludables.

Respecto a la educación para la salud, las instituciones de salud y, en su caso, las autoridades educativas, deben:

- Realizar programas educativos para informar sobre las ITS, sus mecanismos de transmisión, diagnóstico y tratamiento a la población general.
- Realizar programas educativos para capacitar a los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en ITS que incluyan: la prevención, consejería, mecanismos de transmisión, diagnóstico y tratamiento.³²⁶

Al respecto, la comunicación educativa se deberá promover la vinculación y participación de profesionales de la comunicación a fin de informar a la población de manera permanente sobre las ITS, su transmisión, diagnóstico y tratamiento, así como las alternativas de prevención y control.³²⁷

Las acciones de prevención primaria deberán estar orientadas a:

- Informar a la población sobre la magnitud y trascendencia de las ITS como problema de salud pública, y
- Dar a conocer a la población las vías y mecanismos de transmisión, formas de promoción, prevención y servicios de información, detección y atención integral relacionadas con las ITS.³²⁸

Por su parte, la prevención secundaria debe estar dirigida a:

- Orientar e informar a la población sobre la adopción de estilos de vida saludables haciendo énfasis en las prácticas sexuales seguras y protegidas;

³²⁵ Apartado 7.1.1

³²⁶ Apartado 7.1.2

³²⁷ Apartado 7.1.4

³²⁸ Apartado 7.2.1.2

- Fomentar en las personas con ITS activas o controladas, el autocuidado de la salud, incluyendo la promoción de medidas de prevención, tales como: abstenerse de prácticas sexuales hasta su recuperación; tener sólo una pareja sexual, y tener prácticas sexuales protegidas o seguras para romper la cadena de transmisión o de adquisición de otras ITS.
- Promover servicios de calidad y accesibles de asistencia, en los cuales se proporcione consejería, diagnóstico y tratamiento oportuno a personas sintomáticas y a sus parejas sexuales;
- Orientar sobre la importancia del control y tratamiento de las ITS como factores que previenen la transmisión del VIH;
- Promover la incorporación de actividades de prevención, consejería y asistencia de las ITS a grupos vulnerables;
- Otorgar servicios de apoyo y consejería para personas afectadas, sus parejas, contactos y familiares tanto en la fase de diagnóstico como en la de tratamiento, brindando información accesible, promoviendo la adherencia al tratamiento y la adopción de prácticas sexuales protegidas o seguras;
- Promover la participación social para: prevenir y eliminar el estigma y la discriminación de que son objeto las personas con alguna ITS; impulsar la acción comunitaria en forma organizada e informada de la población para el desarrollo de acciones y estrategias preventivas, incluyendo el diagnóstico oportuno, y procurar la participación activa de los diversos grupos sociales en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades preventivas en todos los órdenes de gobierno que involucre la prevención y el control de las ITS.³²⁹

Las acciones fundamentales para la prevención de ITS, en materia de educación, deberán estar encaminadas a:

- Participar con la autoridad educativa competente, maestros, madres y padres de familia, en la elaboración de los planes y programas educativos, desde la educación básica, la educación de la sexualidad que responda a contextos multiculturales de la población en sus distintas etapas de vida encaminadas a la adopción de conductas preventivas y estilos de vida saludables; en coordinación con las autoridades de salud y los padres de familia, quien debe integrarse en forma activa a la educación de las y los menores, adolescentes y adultos jóvenes que favorezcan la prevención y control de las ITS.
- Buscar la participación de la comunidad educativa para que el tema de las ITS sea abordado con objetividad, en función de los resultados del progreso y evidencia científicos y en apego a las disposiciones jurídicas aplicables;
- Capacitar al personal de salud en las medidas universales de bioseguridad, con el fin de reducir el riesgo de transmisión de alguna ITS, y

³²⁹ Apartado 7.2.2

- Promover continuamente el uso consistente y correcto de los condones de látex o de poliuretano en prácticas sexuales, con información veraz y completa de la efectividad del mismo.³³⁰

Por otro lado, los integrantes del Sistema Nacional de Salud, deberán realizar las siguientes acciones:

- Realizar la prueba de detección de sífilis, Hepatitis B y C y VIH, en todas las donaciones de sangre, leche materna, tejidos, órganos y células germinales.

- Promover la detección de ITS, sífilis y VIH a toda mujer embarazada y a los grupos con mayor prevalencia de ITS de manera voluntaria y gratuita.

- Promover y colaborar en la capacitación del personal de salud con objeto de lograr que participen activamente en la prevención, detección oportuna y atención integral de las ITS.

Por su parte, el personal de salud deberá:

- Promover la no automedicación y recomendará el apego a los tratamientos prescritos por el médico especialista; asimismo informará sobre la atención médica integral de seguimiento aun en ausencia de sintomatología y recomendará que se realicen los estudios a las parejas o contactos de las personas afectadas.

- Promover la adopción de un estilo de vida saludable con apoyo psicológico si lo amerita el caso, así como, la asistencia a talleres de educación para la salud y atención integral.

- Promover las acciones que eviten el uso de drogas, alcohol y tabaco.

- Informar sobre los derechos a los servicios y alternativas de tratamiento que los establecimientos para la atención médica ofrecen a las personas con sospecha de ITS.³³¹

NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana³³²

Esta norma es de observancia obligatoria para todas las instituciones y personal del Sistema Nacional de Salud, incluyendo al personal que realice acciones de promoción y prevención de la salud, protección específica, tratamiento, atención primaria y control epidemiológico, y el personal que labore en unidades de salud que incluye a quienes laboren en laboratorios públicos y privados.

En la sección sobre definiciones determina las siguientes:

Estigma: característica que desprestigia a una persona ante los ojos de otros. El estigma relacionado al VIH/SIDA deriva de la valoración de que las personas portadoras del virus han hecho algo malo.

Promoción de la salud: proceso que tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las

³³⁰ Apartado 7.2.3

³³¹ Apartado 7.2.4

³³² NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. DOF 10 de noviembre de 2010

actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Sexo seguro: todas aquellas prácticas eróticas y sexuales en las que se evita la penetración y la exposición a fluidos potencialmente infectantes.

Sexo protegido: relación sexual en las que se utilizan condones u otras barreras.

La NOM establece que las medidas de prevención del VIH deberán basarse en evidencia científica, en el respeto a la dignidad y los derechos humanos y no en prejuicios, creencias morales o religiosas; nunca serán coercitivas y debe respetarse la confidencialidad y la voluntad de las personas.

La prevención del VIH debe entenderse como un proceso para evitar la transmisión de esta enfermedad en la población, a través del fortalecimiento de conocimientos, aptitudes, actitudes y hábitos de las personas y la comunidad. El cuidado colectivo y la construcción de una sociedad saludable debe hacer referencia al Modelo Operativo de la Promoción de la Salud y a las Guías de Prevención del CENSIDA, las cuales incluyen:

- Manejo de riesgos personales;
- Desarrollo de capacidad y competencia en salud;
- Participación social para la acción comunitaria;
- Detección oportuna del VIH;
- Desarrollo de entornos saludables;
- Abogacía intra e intersectorial, y
- Mercadotecnia social en salud.³³³

En materia de prevención de la transmisión del VIH y promoción de la salud, las acciones deben estar orientadas a:

- Informar a la población sobre la magnitud y trascendencia de la infección por VIH como problema de salud pública.
- Dar a conocer a la población las vías y mecanismos de transmisión, formas de prevención y servicios de información, detección oportuna y atención integral, relacionadas con la infección por VIH.
- Orientar y educar a la población sobre la adopción de medidas saludables haciendo especial énfasis en las prácticas sexuales seguras y protegidas, el retraso en el inicio de las relaciones sexuales, la reducción del número de parejas sexuales, la exclusividad de pareja, la abstinencia informada y evitar el uso compartido de jeringas sin esterilizar.
- Fomentar en las personas que viven con VIH/SIDA el autocuidado de la salud incluyendo medidas de prevención como sexo seguro y sexo protegido para romper la cadena de infección y re-infección.³³⁴

³³³ Apartado 5.1

³³⁴ Apartado 5.3

- Orientar sobre la importancia del control y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual que facilitan la transmisión del VIH.

- Promover los servicios de atención médica para diagnóstico, tratamiento, seguimiento y atención oportuna de otras infecciones de transmisión sexual.

Para los casos de víctimas de violencia sexual, relaciones en alto riesgo o de alta exposición al virus, se deberá proporcionar información y consejería respecto a la posibilidad de infección por VIH, además se deberá proporcionar el esquema de quimioprofilaxis post exposición si no han transcurrido más de 72 horas.³³⁵

En materia de educación, las acciones fundamentales para la prevención de VIH estarán encaminadas a:

- Desarrollar estrategias educativas que respondan a las necesidades de los grupos más afectados por la epidemia del VIH/SIDA y a las poblaciones en situación de vulnerabilidad a fin de que cuenten con una percepción del riesgo de acuerdo a sus condiciones y adopten conductas preventivas para disminuir el riesgo a la transmisión.

- Impulsar la educación de la sexualidad desde la educación básica para que responda a contextos multiculturales de la población en sus distintas etapas de vida, a fin de favorecer la adopción de conductas preventivas y estilos de vida saludables.

- Participar con la comunidad educativa en el sentido de que el tema del VIH sea abordado con objetividad, en función de los resultados del progreso científico y en apego a los acuerdos y tratados internacionales suscritos por México, en torno a los derechos humanos y el VIH/SIDA.

- Promover continuamente como medida preventiva, el uso consistente y correcto de los condones de látex o de poliuretano en prácticas sexuales.³³⁶

Por último, la NOM menciona que se deberá dar capacitación al personal de salud, la cual deberá contener los principios bioéticos, normativos, y abarcar temas de equidad de género, de diversidad sexual, derecho a la igualdad y derechos humanos, la comunicación médico-paciente y la no discriminación por causa de sexo o preferencia sexual.³³⁷

NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.³³⁸

Esta norma tiene como objetivo establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud. Es de observancia obligatoria para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, que presten servicios de atención a la salud en establecimientos fijos y/o móviles.

En su apartado sobre definiciones, dicta las siguientes:

³³⁵ Apartado 5.3.7

³³⁶ Apartado 5.5

³³⁷ Apartado 6.10.6.1

³³⁸ NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. DOF 30 de noviembre de 2012

Atención a la salud: conjunto de acciones coordinadas de promoción y/o de educación para la salud, protección específica, detección, limitación del daño, atención médica de enfermedades y rehabilitación, que se desarrollan por interacción de diferentes grupos de profesionales y técnicos, con el fin de preservar la salud del individuo o recuperarla, en conjunto con la familia o la comunidad.

Información en salud: datos, información, conocimiento y evidencia relacionados con la generación, acceso, difusión y uso del personal, servicios, recursos, afiliados, derechohabientes, beneficiarios, pacientes, tratamientos y resultados dentro del sector salud, entre la que se encuentra indistintamente la información estadística, epidemiológica y financiera.

Servicios no personales de salud: aquéllos que se aplican al medio ambiente o a la colectividad y que por lo tanto no son apropiables por un sólo individuo en forma específica, tales como protección contra riesgos sanitarios, promoción y educación para la salud, así como prevención y control de enfermedades a nivel poblacional.

Servicios personales de salud: aquéllos que son proporcionados a un solo individuo en forma específica, tales como consulta externa, hospitalización, urgencias, servicios de corta estancia, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y actividades que se realizan en la población por personal auxiliar de salud.

La NOM establece que el Sistema Nacional de Información en Salud administra información de acuerdo a los siguientes componentes: población y cobertura; recursos para la salud; servicios para la salud; nacimientos; daños a la salud, e información en materia de salud diferente a la contenida anteriormente.³³⁹ Esta información debe ser entregada con desagregación por unidad médica, localidad, municipio y entidad federativa, en función de las necesidades que la Secretaría establezca, con excepción de la información nominal, que debe ser entregada conforme a lo establecido por cada componente del Sistema Nacional de Información en Salud.

Entre las aplicaciones tecnológicas que integran el Sistema Nacional de Información en Salud se encuentran: el Centro de Inteligencia en Salud, el Padrón General de Salud, el Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones, el Subsistema de Información sobre Nacimientos, el Subsistema de Información en Prestación de Servicios y, el Subsistema de Registro de Emergencias Obstétricas.

El componente de Nacimientos en el Sistema Nacional de Información en Salud comprende la información de nacidos vivos cuya fuente de información es el Certificado de Nacimiento. Esta información es utilizada para fines epidemiológicos y estadísticos, para la planeación, asignación de recursos y la evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas implementados por los integrantes del Sistema Nacional de Salud.

Por el contrario, el componente de Mortalidad comprende la información de mortalidad general y fetal y sus fuentes de información son el Certificado de Defunción y

³³⁹ Apartado 7.1

el Certificado de Muerte Fetal. Igualmente, esta información es utilizada para fines epidemiológicos y estadísticos, para la planeación, asignación de recursos y la evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas implementados por los integrantes del Sistema Nacional de Salud.

NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar.³⁴⁰

Esta NOM establece los criterios, estrategias y actividades de las intervenciones del personal de salud en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades, dirigidas a la población escolar del Sistema Educativo Nacional, con la finalidad de fomentar un entorno favorable y una nueva cultura de la salud, mediante la educación para la salud, el desarrollo de competencias, el acceso a los servicios de salud y la participación social, que le permita a la población escolar conocer y modificar los determinantes de la salud. Es de observancia obligatoria para el personal de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud que realiza intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en beneficio de la población escolar que asiste a planteles de educación básica, media-superior y superior del Sistema Educativo Nacional.

En la norma se definen los siguientes conceptos:

Comunicación educativa: proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustenta en técnicas de mercadotecnia social, que permite la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

Cultura de la salud: conjunto total de los actos humanos en una comunidad dada, como prácticas económicas, sociales, artísticas, científicas o cualesquiera sobre las que la gente tenga control. Estas son manifestadas en sus acciones como sus estilos de vida o la conformación de su ambiente o entorno. Una vez hecha parte de la cultura, en general, se convierten en permanentes o de larga duración. Por ello, el producto de las acciones anticipatorias de la promoción de la salud es el generar una cultura que sea sostenible en el tiempo.

Desarrollo de competencias en salud: transmisión de conocimientos hacia la población y el fomento de actitudes y aptitudes personales para que la gente salvaguarde su salud fortaleciendo los determinantes de la salud.

Mercadotecnia social en salud: intervenciones que motivan el cambio de hábitos, actitudes, acciones, comportamientos, conductas, valores o prácticas para mejorar y desarrollar integralmente la salud de los individuos y las comunidades. A través de diseñar mensajes, seleccionar los canales de difusión, difundir los mensajes, controlar y evaluar el impacto de los mismos, que reforzarán los hábitos y los comportamientos saludables.

³⁴⁰ NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar. DOF 9 de diciembre de 2013

Orientación-consejería: comunicación técnica interpersonal que permite informar y guiar a través del diálogo y basado en evidencia científica a escolares sobre los cuidados personales y colectivos que deben llevarse a cabo para proteger la salud biológica y psicosocial, así como para prevenir las enfermedades y evitar complicaciones.

Salud sexual: experiencia permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad que se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

Servicio integrado de promoción de la salud: estrategia mediante la cual se cumplen las funciones de promoción de la salud, a través de sus componentes: manejo de riesgos personales, desarrollo de competencias en salud, participación para la acción comunitaria, entornos favorables y evidencias para la salud; cuyas intervenciones van de lo individual a lo poblacional y tiene como finalidad la entrega de acciones de promoción de la salud en el nivel local con enfoque de interculturalidad, género y equidad.

Sexualidad: dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones; la sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. La sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

Sexo: determinante biológico que alude estrictamente a las características biológicas diferentes de mujeres y hombres, congénitas y universales y a las implicaciones que tienen en cuanto a vulnerabilidad y riesgos biológicos para la salud, más allá de los reproductivos. Un amplio espectro de influencias genéticas, hormonales metabólicas intervienen en la delineación de patrones de morbi-mortalidad distintivos entre mujeres y hombres.

Ahora bien, la NOM establece que el eje de las acciones de promoción de la salud escolar debe ser la modificación de los determinantes de la salud, en lo individual y en lo colectivo, a efecto de que la población escolar los conozca y aprenda a manejarlos y controlarlos en términos favorables a su salud, mediante: el conocimiento y práctica de una sexualidad responsable y protegida; y la modificación del entorno psicosocial para que sea un factor protector y preventivo de la violencia y de las adicciones.

Las actividades de promoción y prevención para una mejor salud escolar se promoverán de forma permanente en los espacios educativos donde asisten escolares del Sistema Educativo Nacional.

El personal de salud con la colaboración del personal educativo debe asesorar y participar en las acciones de educación para la salud y el desarrollo de competencias, el acceso a los servicios de salud y la modificación del entorno físico y psicosocial de las escuelas que permitan la modificación de los determinantes de la salud de la comunidad educativa y la concreción de los criterios conforme a los cuales una escuela podrá solicitar se le reconozca como una escuela con entorno favorable a la salud.

Por su parte, las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud promoverán la coordinación con las autoridades educativas, a efecto de que el personal del sector educativo colabore en promover:

- Que en cada escuela se integre un Consejo Escolar de Participación Social con un comité que se dedique a promover las acciones de salud.
- Que se formen promotores adolescentes de salud escolar que promuevan entre sus pares y sus familias, el servicio integrado de promoción de la salud.
- Que en la comunidad educativa se realicen actividades a favor de la salud, con base en lo establecido en el servicio integrado de promoción de la salud.³⁴¹

La norma también contempla que el personal de salud impulsará de manera permanente el diálogo, la vinculación, la coordinación y la planeación conjunta con el personal del sector educativo de las actividades necesarias para promover la salud de la comunidad educativa; y promoverá de manera permanente la vinculación y coordinación con otros sectores sociales y gubernamentales para promover la salud de la comunidad educativa.³⁴²

De igual manera, el apéndice A Normativo, establece que el personal de salud debe instrumentar la estrategia de educación para la salud y desarrollo de competencias mediante las siguientes acciones universales:

A.1.3 La educación para la salud y el desarrollo de competencias debe favorecer las acciones para:

- Promover la salud sexual responsable y protegida.
- Lograr un desarrollo emocional saludable, un proyecto de vida y prevenir la violencia, las conductas adictivas y el abuso sexual infantil.

A.1.4 Impulsar conocimientos y prácticas saludables de acuerdo a las condiciones y necesidades locales, mediante la realización de talleres y materiales educativos específicos, considerando a la población vulnerable y los padecimientos locales.

A.1.5 Elaborar guías, libros y material didáctico audiovisual, dirigidos a la población escolar de los tipos: básico, medio-superior y superior, acerca de los determinantes de la salud escolar.

A.1.6 Participar en la actualización de los contenidos de los libros de texto gratuitos que abordan los determinantes de la salud.

³⁴¹ Apartado 6.1.4.2

³⁴² Apartado 6.1.6

NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención³⁴³

Esta NOM es de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para los y las prestadoras de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud. Su incumplimiento dará origen a sanción penal, civil o administrativa que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.

De acuerdo con las definiciones de la norma, se entenderá lo siguiente:

Consejería y acompañamiento, al proceso de análisis mediante el cual la o el prestador de servicios de salud, con los elementos que se desprenden de la información recabada, ofrece alternativas o apoyo a la o el usuario respecto de su situación, para que éste pueda tomar una decisión de manera libre e informada.

Educación para la salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva y fomentar estilos de vida sanos.

La NOM establece que en materia de educación para la salud:

Las y los prestadores de servicios del sector público deberán participar en el diseño y ejecución de programas educativos para la prevención y detección temprana de la violencia familiar o sexual, dirigidos a la población en general.

Deberán promover estilos de vida saludables que incluyan el desarrollo de las responsabilidades compartidas al interior de las familias, como se desprende desde las perspectivas de equidad de género, con el fin de lograr un desarrollo integral y mantener un ambiente familiar armónico y libre de violencia.

Promover la integración de grupos de promotores comunitarios y de redes sociales en materia de violencia familiar y sexual para informar, orientar, detectar y canalizar casos de violencia familiar o sexual, y promover el derecho a una vida sin violencia y la resolución pacífica de los conflictos, en coordinación con las dependencias competentes.

Promover acciones conjuntas para la prevención de la violencia familiar o sexual con autoridades comunitarias y municipales, así como con la sociedad civil organizada, el sector privado, especialistas en violencia familiar y sexual, entre otros, en coordinación con las dependencias competentes, siempre y cuando no contravengan la presente Norma.

En materia de comunicación educativa, las y los prestadores de servicios de salud del sector público deberán: Participar en el diseño, ejecución y evaluación de campañas educativas para orientar, motivar e informar a la población sobre las formas en que se puede prevenir y combatir la violencia familiar o sexual; promover la participación activa

³⁴³ NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. DOF 24 de marzo de 2016

de la población y realizar acciones en las comunidades, tendientes a prevenir la violencia familiar o sexual; y apoyar la coordinación con otras dependencias e instituciones, con el fin de reforzar procesos educativos para la prevención de la violencia familiar o sexual.

La norma menciona que, en caso de violación, las instituciones prestadoras de servicios de atención médica deberán ofrecer de inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia, previa información completa sobre la utilización de este método, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada. Además de informar de los riesgos de posibles infecciones de transmisión sexual y de la prevención a través de la quimioprofilaxis y de acuerdo a la evaluación de riesgo, prescribir la profilaxis contra VIH/SIDA tomando en cuenta la percepción de riesgo de la usuaria o el usuario.³⁴⁴

En caso de embarazo por violación, y previa autorización de la autoridad competente las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar servicios de aborto médico a solicitud de la víctima interesada, en caso de ser menor de edad, a solicitud de su padre y/o su madre, o a falta de éstos, de su tutor o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

Ordenamiento	Tópico	Texto	Entidades Federativas
Ley General de Salud Título Tercero. Prestación de los Servicios de Salud Capítulo V. Atención Materno Infantil	Atención Materno Infantil	<p>Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.</p> <p>La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:</p> <p>I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;</p> <p>I Bis. La atención de la transmisión del VIH/Sida y otras</p>	<p>Aguascalientes Art. 69.</p> <p>Baja California Art. 22</p> <p>Baja California Sur Art. 60</p> <p>Campeche Art. 58</p> <p>Chiapas Art. 47</p> <p>Chihuahua Art. 67</p> <p>Ciudad de México Art. 49</p> <p>Coahuila de Zaragoza Art. 56</p> <p>Colima Art. 33 y 36</p> <p>Durango Art. 81</p> <p>Estado de México art. 32</p> <p>Guanajuato Art. 62</p>

³⁴⁴ Apartado 6.4.2.4

		<p>Infecciones de Transmisión Sexual, en mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal;</p> <p>II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso atención, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, y su salud visual;</p> <p>III. La revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro;</p> <p>IV. La aplicación del tamiz oftalmológico neonatal, a la cuarta semana del nacimiento, para la detección temprana de malformaciones que puedan causar ceguera, y su tratamiento, en todos sus grados;</p> <p>V. El diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera, a través del examen clínico en la primera semana del nacimiento, en el primer mes de edad y a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses de edad; así como la toma de ultrasonido de cadera o radiografía anteroposterior de pelvis, entre el primer y cuarto mes de vida, y</p> <p>VI. La atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar.</p>	<p>Guerrero Art. 79 Hidalgo Art. 3 fracción II Jalisco Art. 100 Michoacán Art. 6 fracción II Morelos Art. 88 Septies y 88 Decies Nayarit Art. 56 Nuevo León Art. 25 Oaxaca Art. 56 Puebla Art. 56 Querétaro Art. 63 Quintana Roo Art. 56 San Luis Potosí Art. 51 Sinaloa Art. 77 Sonora Art. 50 Tabasco Art. 58 Tamaulipas Art. 29 Tlaxcala Art. 98 Veracruz Art. 59 Yucatán Art. 62 Zacatecas Art. 30</p>
--	--	---	--

En todos los casos se deberá brindar a la víctima, en forma previa a la intervención médica, información completa sobre los posibles riesgos y consecuencias del aborto, a efecto de garantizar que la decisión de la víctima sea una decisión informada conforme

a las disposiciones aplicables. En esta situación también se deberá respetar la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería encargados del procedimiento. Sin embargo, las instituciones deberán contar con médicos y enfermeras capacitados en procedimientos de aborto médico no objetores de conciencia y si en el momento de la solicitud de atención no se pudiera prestar el servicio de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la usuaria, a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura de atención con calidad.³⁴⁵

La Norma establece que las y los prestadores de servicios de salud que otorguen atención médica a usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual, deberán recibir periódicamente sensibilización, capacitación y actualización. Los contenidos en el proceso de sensibilización, capacitación y actualización serán:

Marco conceptual: género, violencia, violencia familiar y sexual, violencia contra las mujeres, derechos humanos (incluidos los sexuales y reproductivos), efectos de violencia en la salud, entre otros.

Marco jurídico: Elementos básicos del derecho civil, penal y legislación aplicable en materia de violencia familiar, sexual y de violencia contra las mujeres.

El análisis de factores asociados a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Detección sistemática en los usuarios de servicios de salud para el reconocimiento de indicadores de maltrato físico, sexual y psicológico en los casos de violencia familiar o sexual.

Anticoncepción de emergencia y aborto médico conforme a la legislación.

MARCO JURÍDICO EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

En este apartado mencionaré la concordancia que existe en las leyes locales y las leyes generales de salud y educación, así como algunos aspectos que considero importante destacar de la legislación local.

Notas y observaciones:

Los estados de Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala y Veracruz no incluyen atención de VIH.

Jalisco agrega la prevención y erradicación de prácticas médicas que puedan lastimar o denigrar a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Tamaulipas agrega los servicios de salud destinados a la atención del adolescente en el artículo 34.

Baja California Sur prevé la interrupción del embarazo en el artículo 62.

Campeche contempla un capítulo sobre Atención a la Salud de la Mujer artículos 63 bis y 63 ter, al igual que Quintana Roo en los artículos 61-A a 61-G y Tamaulipas en los artículos 38 al 39 e incluye la atención de adultos mayores.

³⁴⁵ Apartado 6.4.2.8

Ordenamiento	Tópico	Texto	Entidades Federativas
Ley General de Salud Título Tercero. Prestación de los Servicios de Salud Capítulo V. Atención Materno Infantil	Respeto de los Derechos Humanos de la mujer embarazada	Artículo 61 Bis.- Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.	Aguascalientes SIN Baja California SIN Baja California Sur SIN Campeche SIN Chiapas SIN Chihuahua SIN Ciudad de México SIN Coahuila de Zaragoza SIN Colima Art. 34 Durango SIN Estado de México SIN Guanajuato SIN Guerrero SIN Hidalgo SIN Jalisco Art. 103 Michoacán SIN Morelos Art. 88 Octies y 88 Nonies Nayarit SIN Nuevo León SIN Oaxaca SIN Puebla SIN Querétaro SIN Quintana Roo SIN San Luis Potosí SIN Sinaloa SIN Sonora SIN Tabasco SIN Tamaulipas Art. 30 Bis y 38 Bis Tlaxcala SIN Veracruz SIN Yucatán SIN Zacatecas SIN

Notas y observaciones:

Colima desarrolla las prerrogativas que tiene la mujer en el periodo de protección materno-infantil en el artículo 34, al igual que Morelos en el artículo 88 Nonies.

Tamaulipas divide los derechos que goza la mujer durante el embarazo (artículo 30) y durante el parto (artículo 38 Bis).

Oaxaca menciona ciertos derechos en el artículo 56 y Jalisco se enfoca en el “parto digno”.

Ordenamiento	Tópico	Texto	Entidades Federativas
Ley General de Salud Título Tercero. Prestación de los Servicios de Salud Capítulo V. Atención Materno Infantil	Organización de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil	Artículo 62.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.	Aguascalientes Art. 70 Baja California SIN Baja California Sur Art. 63 Campeche Art. 59 Chiapas Art. 48 Chihuahua Art. 68 Ciudad de México SIN Coahuila de Zaragoza Art. 57 Colima Art. 38 Durango Art. 82 Estado de México Art. 33 Guanajuato Art. 63 Guerrero Art. 80 Hidalgo SIN Jalisco Art. 101 Michoacán SIN Morelos Art. 88 Undecies Nayarit Art. 57 Nuevo León Art. 25 fracción VII Oaxaca Art. 57 Puebla Art. 57 Querétaro Art. 64 Quintana Roo Art. 57 San Luis Potosí Art. 52 Sinaloa Art. 78 Sonora SIN Tabasco Art. 60 Tamaulipas Art. 31 Tlaxcala Art. 99 Veracruz Art. 61 Yucatán Art. 63 Zacatecas Art. 31

<p>Ley General de Salud Título Tercero. Prestación de los Servicios de Salud Capítulo V. Atención Materno Infantil</p>	<p>Organización y operación de los servicios de salud en atención materno - infantil</p>	<p>Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:</p> <p>I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;</p> <p>II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, además de</p>	<p>Aguascalientes Art. 72 Baja California Art. 23 Baja California Sur Art. 65 Campeche Art. 61 Chiapas Art. 50 Chihuahua SIN Ciudad de México Art. 50 Coahuila de Zaragoza Art. 59 Colima Art. 39 Durango Art. 84 Estado de México Art. 35 Guanajuato Art. 65 Guerrero Art. 82 Hidalgo SIN Jalisco Art. 104 Michoacán SIN Morelos Art. 88 Duodecimos Nayarit Art. 58 Nuevo León SIN Oaxaca Art. 58 Puebla Art. 59 Querétaro Art. 66 Quintana Roo Art. 59 San Luis Potosí Art. 54 Sinaloa Art. 80 Sonora SIN Tabasco Art. 62 Tamaulipas Art. 33 Tlaxcala Art. 101 Veracruz Art. 63 Yucatán Art. 65 Zacatecas Art. 32</p>
--	--	---	---

		<p>impulsar, la instalación de lactarios en los centros de trabajo de los sectores público y privado;</p> <p>II Bis. Al menos un banco de leche humana por cada entidad federativa en alguno de sus establecimientos de salud que cuente con servicios neonatales;</p> <p>III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de 5 años, y</p> <p>III Bis. Acciones de diagnóstico y atención temprana de la displasia en el desarrollo de cadera, durante el crecimiento y desarrollo de los menores de 5 años, y</p> <p>IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la</p>	
--	--	--	--

		atención del embarazo, parto y puerperio.	
Ley General de Salud Título Tercero. Prestación de los Servicios de Salud Capítulo V. Atención Materno Infantil	Participación social y privada en los servicios de atención materno - infantil	Artículo 64 Bis.- La Secretaría de Salud impulsará la participación de los sectores social y privado, así como de la sociedad en general, para el fortalecimiento de los servicios de salud en materia de atención materno-infantil. Para tal efecto, promoverá la creación de Redes de Apoyo a la Salud MaternoInfantil, tanto en el ámbito federal, como en las entidades federativas, con la finalidad de facilitar el acceso a las mujeres embarazadas a información relativa a la prestación de servicios de atención médica en esta materia, y en su caso, brindarles apoyo para el acceso a ellos.	Aguascalientes SIN Baja California SIN Baja California Sur SIN Campeche SIN Chiapas SIN Chihuahua Art. 67 Bis Ciudad de México SIN Coahuila de Zaragoza Colima Art. 40 Durango SIN Estado de México SIN Guanajuato Art. 66 BIS Guerrero SIN Hidalgo SIN Jalisco SIN Michoacán SIN Morelos SIN Nayarit SIN Nuevo León SIN Oaxaca SIN Puebla SIN Querétaro SIN Quintana Roo SIN San Luis Potosí SIN Sinaloa SIN Sonora SIN Tabasco SIN Tamaulipas SIN Tlaxcala SIN Veracruz SIN Yucatán SIN Zacatecas SIN
Ley General de Salud	Atención de urgencia obstétrica	Artículo 64 Bis 1. Los servicios de salud a que hace	Aguascalientes Art. 69 fracción V Baja California Art. 22 último

<p>Título Tercero. Prestación de los Servicios de Salud Capítulo V. Atención Materno Infantil</p>		<p>referencia el artículo 34 de la presente Ley, prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.</p>	<p>párrafo Baja California Sur Art. 61 Campeche SIN Chiapas SIN Chihuahua SIN Ciudad de México SIN Coahuila de Zaragoza SIN Colima SIN Durango SIN Estado de México SIN Guanajuato SIN Guerrero SIN Hidalgo SIN Jalisco SIN Michoacán SIN Morelos SIN Nayarit SIN Nuevo León SIN Oaxaca SIN Puebla SIN Querétaro SIN Quintana Roo SIN San Luis Potosí Art. 51 Bis Sinaloa SIN Sonora Art. 50 Bis 1 Tabasco SIN Tamaulipas Art. 17 fracción IV Tlaxcala SIN Veracruz SIN Yucatán SIN Zacatecas Art. 33</p>
<p>Ley General de Salud Título Tercero. Prestación de los Servicios de Salud Capítulo V. Atención</p>	<p>Colaboración de autoridades educativas y laborales</p>	<p>Artículo 65.- Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:</p>	<p>Aguascalientes Art. 73 Baja California Art. 24 Baja California Sur Art. 66 Campeche Art. 62 Chiapas Art. 51 Chihuahua Art. 71 Ciudad de México SIN Coahuila de Zaragoza Art. 60</p>

Materno Infantil		<p>I. Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil;</p> <p>II. Las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes;</p> <p>III. La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas, y</p> <p>IV. Acciones relacionadas con educación básica, alfabetización de adultos, acceso al agua potable y medios sanitarios de eliminación de excreta.</p>	<p>Colima Art. 41 Durango Art. 85 Estado de México Art. 36 Guanajuato Art. 66 Guerrero Art. 83 Hidalgo SIN Jalisco Art. 105 Michoacán SIN Morelos Art. 88 terdecies Nayarit Art. 60 Nuevo León Art. 26 Oaxaca Art. 60 Puebla Art. 60 Querétaro Art. 67 Quintana Roo Art. 60 San Luis Potosí Art. 55 Sinaloa Art. 81 Sonora Art. 52 Tabasco Art. 63 Tamaulipas Art. 35 Tlaxcala Art. 102 Veracruz Art. 62 Yucatán Art. 66 Zacatecas Art. 34</p>
------------------	--	---	---

Ordenamiento	Tópico	Texto	Entidades Federativas
Ley General de Salud Título Tercero. Prestación de	Servicios de Planificación Familiar	Artículo 67.- La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus	Aguascalientes Art. 75 Baja California Art. 26 Baja California Sur Art. 68 y 69 Campeche Art. 64

<p>los Servicios de Salud Capítulo VI. Servicios de Planificación Familiar</p>		<p>actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.</p> <p>Los servicios que se presten en la materia 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.</p> <p>Quienes practiquen esterilización sin la</p>	<p>Chiapas Art. 53 Chihuahua Art. 62 Ciudad de México Art. 52 Coahuila de Zaragoza Art. 62 Colima Art. 31 Durango Art. 88 Estado de México SIN Guanajuato Art. 68 Guerrero Art. 85 Hidalgo Art. 3 fracción III y III bis Jalisco SIN Michoacán Art. 6 fracción III Morelos Art. 74 Nayarit Art. 62 Nuevo León SIN Oaxaca Art. 62 Puebla Art. 62 Querétaro Art. 69 Quintana Roo Art. 62 San Luis Potosí Art. 57 Sinaloa Art. 83 Sonora Art. 54 Tabasco Art. 66 Tamaulipas Art. 35 Bis y 36 Tlaxcala Art. 105 Veracruz Art. 65 Yucatán Art. 68 Zacatecas Art. 36 y 37</p>
--	--	---	---

		<p>voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.</p> <p>En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate.</p>	
--	--	---	--

Notas y observaciones:

Respecto al título de este capítulo, las entidades federativas difieren entre sí y lo nombran de distintas maneras:

En Chihuahua y Querétaro el capítulo se titula “Salud Reproductiva”, en Ciudad de México y Nayarit “Servicios de Salud Sexual, Reproductiva y de Planificación Familiar”, en Jalisco “Salud sexual y servicios de planificación familiar”, en Morelos y San Luis Potosí “Servicios de Salud Reproductiva” y, en Tabasco el capítulo se titula “Servicios de Salud Sexual y Reproductiva”.

Jalisco establece que con la finalidad de preservar la salud, las personas procurarán en materia de salud sexual y reproductiva: Informarse sobre las infecciones de transmisión sexual, sus efectos y alcances, así como coadyuvar con la divulgación de información veraz y oportuna que ayude a prevenir enfermedades; conocer y utilizar las medidas preventivas para evitar la propagación de infecciones de transmisión sexual; realizarse exámenes médicos de manera periódica; y buscar de manera pronta y oportuna, en caso de contraer una infección de trasmisión sexual, un tratamiento médico que prevenga su propagación (artículo 48).

Tabasco establece que toda persona en edad fértil tiene derecho a utilizar medidas de control natal sin necesidad de autorización de padres, cónyuge, etc. (artículo 67).

Respecto a la Interrupción Legal del Embarazo, la Ciudad de México contempla un capítulo dedicado al tema (artículos 58 a 59) y Chiapas aclara que el aborto y la esterilización no deben considerarse métodos de planificación familiar (artículo 53).

Ordenamiento	Tópico	Texto	Entidades Federativas
Ley General de Salud Título Tercero. Prestación de los Servicios de Salud Capítulo VI. Servicios de Planificación Familiar	Servicios de Planificación Familiar	<p>Artículo 68.- Los servicios de planificación familiar comprenden:</p> <p>I. 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;</p> <p>II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;</p> <p>III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el</p>	<p>Aguascalientes Art. 76 Baja California Art. 27 Baja California Sur Art. 70 Campeche Art. 65 Chiapas Art. 54 Chihuahua Art. 63 Ciudad de México Art. 53 Coahuila de Zaragoza Art. 63 Colima Art. 32 Durango Art. 89 Estado de México SIN Guanajuato Art. 69 Guerrero Art. 86 Hidalgo SIN Jalisco Art. 49 Michoacán SIN Morelos Art. 75 Nayarit Art. 63 Nuevo León Art. 27 Oaxaca Art. 63 Puebla Art. 63 Querétaro Art. 70 Quintana Roo Art. 63 San Luis Potosí Art. 58 Sinaloa Art. 84 Sonora Art. 55 Tabasco Art. 68 Tamaulipas Art. 37 Tlaxcala Art. 106 Veracruz Art. 66 Yucatán Art. 69 Zacatecas Art. 38</p>

		<p>Consejo Nacional de Población.</p> <p>IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;</p> <p>V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar.</p> <p>VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.</p>	
--	--	--	--

Notas y observaciones:

Respecto a éste tópico, son varias las Entidades Federativas que agregan servicios de planificación familiar:

Ciudad de México y Colima agregan que

“La aplicación de programas preventivos en materia de salud sexual y reproductiva, incluyendo la aplicación de vacunas contra enfermedades de transmisión sexual; el fomento de la paternidad y la maternidad responsable, la prevención de

embarazos no planeados y no deseados; la distribución gratuita, por parte de la Secretaría, de condones, a la población demandante, particularmente en los grupos de riesgo; la realización de campañas intensivas de información y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, y la prevención y atención médica integral de las infecciones de transmisión sexual, particularmente el VIH-SIDA.”

Durango agrega la atención médica a la sexualidad específica a la adolescencia, implementando programas de difusión, promoviendo el acceso a métodos de planificación familiar, asegurando su suministro, considerando que la atención en materia de salud reproductiva y la anticoncepción para los adolescentes debe ser eficiente y no discrecional; así como la implementación y evaluación de programas permanentes para la prevención de embarazos en menores de edad.

Jalisco agrega el fomento de la planificación familiar como herramienta para reducir los índices de mortalidad infantil, embarazo adolescente, embarazo de alto riesgo y pacientes con enfermedades de transmisión sexual en el estado de Jalisco.

Morelos agrega la promoción de la participación del hombre en la toma de decisiones reproductivas responsables con su pareja, incorporando la perspectiva de género en el diseño y ejecución de programas y proyectos en esta materia; y que los Hospitales tanto del Sector Privado como público deberán garantizar la confidencialidad y realización de los procedimientos necesarios acorde a lo establecido y autorizado en el artículo 119 del Código Penal del Estado de Morelos sin perjuicio de los profesionales que los realicen.

Nayarit agrega la entrega gratuita de preservativos a la población que lo solicite; y la prevención y atención médica integral de las infecciones de transmisión sexual, particularmente el VIH-Sida y la sífilis.

Oaxaca agrega la detección del cáncer cérvico-uterino y de mama, en todas las unidades de atención a población abierta; y establecer y promover acciones para la prevención y atención del cáncer de próstata y testicular.

Por último, San Luis Potosí agrega disposiciones sobre procreación asistida en los artículos 57 Bis y 57 Ter.

Ordenamiento	Tópico	Texto	Entidades Federativas
Ley General de Salud Título Séptimo. Promoción de la Salud Capítulo II. Educación para la Salud	Educación para la Salud	Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto: I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales,	Aguascalientes Art. 109 Baja California Art. 69 Baja California Sur Art. 110 Campeche Art. 116 Chiapas Art. 86 Chihuahua Art. 118 Ciudad de México Art. 74 Coahuila de Zaragoza Art.

	<p>colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;</p> <p>II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y</p> <p>III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, activación física para la salud, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, donación de órganos, tejidos y células con fines terapéuticos, prevención de la discapacidad y rehabilitación de las personas con discapacidad y detección oportuna de enfermedades, así como la prevención, diagnóstico y control de las enfermedades cardiovasculares.</p>	<p>94 Colima Art. 3 fracción VI Durango Art. 123 Estado de México SIN Guanajuato Art. 100 Guerrero Art. 119 Hidalgo Art. 3 fracción IX Jalisco Art. 113 Michoacán Art. 6 fracción IX Morelos Art. 110 Nayarit Art. 94 Nuevo León Art. 44 Oaxaca Art. 94 Puebla Art. 130 Querétaro SIN Quintana Roo Art. 96 San Luis Potosí Art. 92 Sinaloa Art. 33 Sonora Art. 87 Tabasco Art. 155 Tamaulipas Art. 62 Tlaxcala Art. 145 Veracruz Art. 97 Yucatán Art. 100 Zacatecas Art. 70</p>
--	---	---

Ordenamiento	Tópico	Texto	Entidades Federativas
Ley General de Salud Título octavo. Prevención y Control de Enfermedades y Accidentes Capítulo II Enfermedades Transmisibles	Enfermedades de transmisión sexual.	<p>Artículo 134.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles:</p> <p>VIII. Sífilis, infecciones gonocócicas, virus del papiloma humano y otras enfermedades de transmisión sexual;</p> <p>XIII. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA),</p>	<p>Aguascalientes Art. 121 Baja California Art. 73 Baja California Sur Art. 122 Campeche Art. 127 Chiapas Art. 95 Chihuahua Art. 130 Ciudad de México Art. 79 Coahuila de Zaragoza Art. 107 Colima Art. 5 j) Durango Art. 142 Estado de México SIN Guanajuato Art. 113 Guerrero Art. 135 Hidalgo Art. 3 fracción XVII y XVII Bis Jalisco Art. 156, 157 y 158 Michoacán Art. 6 fracción XIII Morelos Art. 127 Nayarit Art. 107 Nuevo León Art. 35 Oaxaca Art. 107 Puebla Art. 142 Querétaro Art. 111 Quintana Roo Art. 109 San Luis Potosí Art. 103 Sinaloa Art. 49 Sonora Art. 97 Tabasco Art. 173 Tamaulipas Art. 76 Tlaxcala Art. 158 Veracruz Art. 111 Yucatán Art. 115 Zacatecas Art. 77</p>

Notas y observaciones:

Tabasco contempla un capítulo específico titulado “Enfermedades de transmisión sexual” de los artículos 96 al 101.

Por su parte, la Ciudad de México contempla un capítulo sobre el VIH-SIDA de los artículos 54 al 57, y Quintana Roo el capítulo “Del programa de prevención, atención y control del VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual” (artículo 127 Bis)

Hidalgo agrega la promoción de la salud e higiene menstrual (artículo 3 fracción XVII ter).

Ordenamiento	Tópico	Texto	Entidades Federativas
Ley General de Educación Título Segundo. De la nueva escuela mexicana Capítulo V. De los planes y programas de estudio	Sugerencias sobre educación sexual de la Secretaría de Cultura y Salud	Artículo 26. Cuando los planes y programas de estudio se refieran a aspectos culturales, artísticos y literarios o en materia de estilos de vida saludables y educación sexual integral y reproductiva, la Secretaría de Cultura y la Secretaría de Salud, respectivamente, podrán hacer sugerencias sobre el contenido a la Secretaría a efecto de que ésta determine lo conducente.	Aguascalientes SIN Baja California SIN Baja California Sur SIN Campeche SIN Chiapas SIN Chihuahua SIN Ciudad de México SIN Coahuila de Zaragoza SIN Colima SIN Durango SIN Estado de México SIN Guanajuato SIN Guerrero SIN Hidalgo SIN Jalisco SIN Michoacán SIN Morelos SIN Nayarit SIN Nuevo León SIN Oaxaca SIN Puebla SIN Querétaro SIN Quintana Roo SIN San Luis Potosí SIN Sinaloa SIN Sonora Art. 13 fracción XXVI Tabasco SIN Tamaulipas SIN Tlaxcala SIN

			Veracruz SIN Yucatán SIN Zacatecas SIN
--	--	--	--

Notas y observaciones:

A pesar de que la mayoría de las Entidades Federativas no contemplan la participación de la Secretaría de Cultura y la Secretaría de Educación respecto a la salud sexual y reproductiva, existen disposiciones que facultan a las autoridades educativas locales lo siguiente:

En la Ciudad de México puede proponer a la Autoridad Educativa Federal los contenidos de los planes y programas para la educación sexual integral y reproductiva que implica el ejercicio responsable de la sexualidad, la planificación familiar, la maternidad y paternidad responsable, la prevención de los embarazos adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual; así como para la prevención y detección temprana del virus del papiloma humano, del cáncer de mama y del cáncer cervicouterino (artículo 9 fracción IX).

En Guerrero puede opinar sobre el contenido de los planes y programas de estudio respecto a la educación sexual integral y reproductiva que implica el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar, la maternidad y la paternidad responsable, la prevención de los embarazos adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual (artículo 60 fracción X); al igual que en Hidalgo (artículo 68 fracción X); Puebla (artículo 69 fracción X); San Luis Potosí (artículo 59 fracción X); Sinaloa (artículo 97 fracción X); Sonora (artículo 71 fracción X) y Zacatecas (artículo 59 fracción X). En Colima, además de lo anterior agrega la prevención y detección temprana del virus del papiloma humano, del cáncer de mama y del cáncer cervicouterino (artículo 58 fracción X);

En la legislación de Nuevo León (artículo 72 fracción XIII) y de Yucatán (artículo 79 fracción VI) se contempla la celebración de convenios con organismos públicos o privados, así como de carácter interinstitucional, que ofrezcan a docentes formación en distintas áreas como salud, sexualidad, prevención de adicciones, arte y cultura, preservación y cuidado del medio ambiente, deporte, seguridad y otras afines a los intereses de la educación;

En el Estado de México se tiene como atribución promover la educación para la salud y la educación sexual mediante la adecuada coordinación entre las dependencias del Estado, sus organismos descentralizados y los municipios (artículo 27 fracción XLIII);

En Tlaxcala, se consideran campañas educativas y programas educativos que tiendan a elevar los niveles cultural, social y de bienestar a la población tales como: educación comunitaria, ecológica, vial, sexual, de género, para el trabajo, desarrollo participativo y la alfabetización, que induzcan el concepto de una educación para la vida (artículo 30 fracción VIII);

Y en Quintana Roo a la autoridad educativa le corresponde promover y desarrollar programas, así como acciones educativas y preventivas, para crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la paternidad responsable, y asimismo que propicien el rechazo a los vicios y adicciones.

Ordenamiento	Tópico	Texto	Entidades Federativas
Ley General de Educación Título Segundo. De la nueva escuela mexicana Capítulo V. De los planes y programas de estudio	Educación sexual como contenido de los planes y programas de estudio	<p>Artículo 30. Los contenidos de los planes y programas de estudio de la educación que impartan el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios, de acuerdo al tipo y nivel educativo, serán, entre otros, los siguientes:</p> <p>VIII. La promoción de estilos de vida saludables, la educación para la salud, la importancia de la donación de órganos, tejidos y sangre;</p> <p>IX. El fomento de la igualdad de género para la construcción de una sociedad justa e igualitaria;</p> <p>X. La educación sexual integral y reproductiva que implica el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar, la maternidad y la paternidad responsable, la prevención de los embarazos adolescentes y de las infecciones de</p>	<p>Aguascalientes Art 116 Baja California Art. 17 y 18 Baja California Sur Art. 47 Campeche SIN Chiapas Art. 94 Chihuahua SIN Ciudad de México SIN Coahuila de Zaragoza Art. 64 Colima Art. 55 Durango SIN Estado de México Art. 101 Guanajuato Art. 104 Guerrero Art. 57 Hidalgo Art. 63 Jalisco Art. 58 Michoacán Art. 53 fracción X Morelos Art. 27 Nayarit Art. 39 Nuevo León Art. 78 Oaxaca Art. 15 Puebla Art. 67 Querétaro Art. 40 Quintana Roo Art. 133 San Luis Potosí Art. 56 Sinaloa Art. 94 Sonora Art. 69 Tabasco Art. 99 Tamaulipas Art. 60 Tlaxcala Art. 77 Veracruz SIN Yucatán Art. 40 Zacatecas Art. 57</p>

		transmisión sexual;	
--	--	---------------------	--

Notas y observaciones:

Además de contemplar la educación sexual como parte de los contenidos de los planes de estudio, diversas Entidades Federativas la mencionan como parte de los objetivos o fines de la educación.

De esta manera, Campeche establece que uno de los objetivos de la educación es fomentar la educación para una sexualidad responsable (artículo 11 fracción XXIV).

Chihuahua establece que es “estimular, incrementar y orientar la curiosidad de las niñas y de los niños, para iniciarlos en el conocimiento, respeto y comprensión de la naturaleza y reconocimiento social de la sexualidad desde una perspectiva de género” (artículo 35 fracción II).

En la CDMX se contempla:

- Promover el respeto a la diversidad afectivo-sexual y familiar;
- Desarrollar programas tendientes a crear y fortalecer una cultura libre de violencia hacia las mujeres, que elimine estereotipos de género e imágenes que atenten contra la dignidad de las personas e integre los valores de igualdad de género, la no discriminación, el lenguaje incluyente y la libertad de las mujeres, creándose protocolos de atención a la violencia de género y sexual contra las mujeres, que contemplen acciones de prevención, atención, acompañamiento, sanción y erradicación, no revictimizantes;

- Educar para la preservación de la salud, incluida la salud sexual integral y reproductiva, la planificación familiar y la paternidad y maternidad responsables, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana; (artículo 7)

Durango establece que es garantizar en todo momento el acceso adecuado a la información sobre salud sexual y reproductiva necesaria para su desarrollo integral, de forma oportuna y acorde a su edad (artículo 9 fracción XXV).

En el Estado de México se contemplan los siguientes:

- Contribuir al desarrollo de una cultura de la salud, promoviendo la educación física, la práctica del deporte, los hábitos de higiene y de sana alimentación;
- Promover y fomentar programas de educación sobre salud bucodental y la práctica de hábitos de higiene dental, así como la educación sexual y la prevención de adicciones a través del conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias, de acuerdo a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez. (artículo 17 fracción XIX)

Dentro de los fines que persigue la educación en Morelos se encuentran: crear conciencia sobre los valores morales, la sexualidad y prevenir sobre los perjuicios que causan a la persona y a la sociedad las conductas delictivas; y promover una cultura de respeto e inclusión, así como de no violencia y no discriminación contra las personas por su orientación sexual a través de talleres de sensibilización y Derechos Humanos (artículos 18 fracciones VIII y XV).

Nayarit establece que uno de los fines de la educación es fomentar en los alumnos, docentes, madres y padres de familia, la cultura de la salud para preservar la integridad de la salud con especial atención en el ámbito de la salud sexual y reproductiva contribuyendo con la prevención de embarazos precoces y no planeados así como la familia y las infecciones de transmisión sexual, de igual manera para prevenir la comisión de ilícitos que atenten contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual del individuo, con absoluto respeto a la dignidad humana (artículo 6 fracción VI).

Nuevo León menciona que es contribuir a la construcción de una cultura de la salud promoviendo la educación física, la práctica del deporte, los hábitos de higiene y sana alimentación, así como la educación sexual, la prevención de adicciones y la erradicación de la violencia familiar (artículo 7 fracción XIII).

En Oaxaca (artículo 7 fracción X) y Quintana Roo (artículo 12 fracción XII) uno de los fines de la educación es desarrollar procesos formativos y actitudes solidarias en los estudiantes, para crear conciencia sobre la preservación de la salud, educación sexual, planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana.

Chihuahua establece que la educación tendrá como fin desarrollar actitudes que permitan crear conciencia sobre la preservación de la salud, la planeación familiar, la paternidad y maternidad responsables, así como los riesgos y consecuencias que conlleva el ejercicio de la sexualidad a temprana edad y de los embarazos no planeados; lo anterior sin menoscabo de la libertad, del respeto absoluto a la vida, la dignidad y los derechos humanos (artículo 8 fracción IX).

En Sonora la educación tiene como fines:

- Desarrollar actitudes solidarias en las personas para crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable; y
- Coordinarse con las autoridades en materia de salud, los municipios y las sociedades de padres de familia, para implementar programas que proporcionen a los alumnos de educación secundaria y preparatoria, información veraz sobre la sexualidad, riesgos, métodos de protección, anticoncepción, la reproducción humana, la planificación familiar, así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual y los embarazos, conforme a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez, fomentando la participación, respetando el derecho de quienes detentan la patria potestad o tutela; debiendo implementar para ello programas de salud sexual tanto para alumnos como para las madres y padres de familia o tutores, así como programas de desarrollo emocional, reforzamiento de autoestima, habilidades y plan de vida (artículo 13 fracciones XXI y XXXVI).

En Tamaulipas uno de los fines de la educación es crear una cultura orientada a la preservación de la salud, desarrollando actitudes solidarias, éticas, de respeto a la vida como valor fundamental de la persona, el ejercicio responsable de la sexualidad, la

planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto de la dignidad humana (artículo 8 fracción XII).

La educación impartida en la Ciudad de México se basará en el respeto irrestricto a la dignidad de las personas, con un enfoque de derechos humanos y pleno reconocimiento a la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres, así como de la diversidad sexual y de género (artículo 6).

Por otro lado, en Tlaxcala la autoridad educativa propondrá ante el ámbito federal contenidos educativos que permitan que la educación sexual sea obligatoria en la educación básica y se contemple en los contenidos de los planes y programas de estudios inherentes, (artículo 79 fracción II Bis). Asimismo, establece como fin de la educación formar individuos responsables, conscientes de preservar la salud, desarrollando en ellos el sentido de la paternidad y sexualidad responsables, la planeación familiar, el respeto a la libertad y la dignidad humana; y promover que en la educación básica se imparta educación sexual integral y continua, con contenido adecuado a la edad de los educandos (artículo 8 fracciones XI y XI Bis).

En Hidalgo la Secretaría desarrollará actividades de información y orientación como pláticas, conferencias, talleres, cápsulas informativas a través de los medios digitales e impresos para las familias de los educandos en relación con prácticas de crianza enmarcadas en el ejercicio de los valores, los derechos de la niñez, la cultura de la paz, buenos hábitos de salud, educación sexual integral y reproductiva, perspectiva de género, prevención de la violencia, uso responsable de las tecnologías de la información y otros temas que permitan a madres y padres de familia o tutores, proporcionar una mejor atención a sus hijas, hijos o pupilos (artículo 78).

Guanajuato establece que corresponde a la Secretaría promoverá en los educandos el conocimiento y formación en materia de educación sexual, orientación vocacional y métodos de estudio, que contribuya al desarrollo de sus proyectos de vida (artículo 42 fracción X).

En el último párrafo del artículo 36 Bis de la ley de Baja California Sur establece que implementará programas preventivos, dirigidos a estudiantes, docentes, madres, padres de familia o tutores, sobre sexualidad y reproducción, alejados de estereotipos basados en el género.

En Yucatán, en la educación media superior se deberá reforzar el desarrollo de conocimientos y actitudes positivos hacia el cuidado de la naturaleza, la salud, la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo del respeto a la dignidad de la persona y a la libertad de las parejas (artículo 55 fracción V).

Por su parte, la educación media superior de Querétaro reforzará los conocimientos de los educandos sobre la sexualidad, la reproducción humana, la planificación familiar, la paternidad y maternidad responsables; así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual (artículo 34 bis).

Por último, Chiapas menciona que la educación en el nivel preescolar estimulará la efectividad en el educando, la confianza en sí mismo, promoviendo la formación en valores universales, la equidad de género y educación sexual, de acuerdo a los intereses propios de su edad (artículo 27 fracción VI).

Ordenamiento	Tópico	Texto	Entidades Federativas
Ley General de Educación Título Noveno. De la corresponsabilidad social en el proceso educativo Capítulo I. De la participación de los actores sociales	Participación de los actores sociales	Artículo 126. Las autoridades educativas, fomentarán la participación de los actores sociales involucrados en el proceso de enseñanza aprendizaje, para el logro de una educación democrática, de alcance nacional, inclusiva, intercultural, integral y plurilingüe que propicie el máximo logro de aprendizaje de los educandos, para el desarrollo de su pensamiento crítico, el fortalecimiento de los lazos entre escuela y comunidad.	Aguascalientes Art. 20 fracción II Baja California Art. 111 Baja California Sur Art. 32 fracción XI Campeche Art. 12 fracción VI Chiapas Art. 3 Chihuahua Art. 114 Ciudad de México Art. 63 Coahuila de Zaragoza Art.93 Colima Art. 122 Durango Art. 21 f) Estado de México Art. 12 fracciones X y XII Guanajuato Art. 174 Guerrero SIN Hidalgo SIN Jalisco Art. 128 y 129 Michoacán Art 63 Morelos Art. 161 Nayarit Art. 53 Nuevo León Art. 99 Oaxaca Art. 76 Puebla Art. 129 Querétaro SIN Quintana Roo Art. 166 San Luis Potosí SIN Sinaloa SIN Sonora SIN Tabasco Art. 126 Tamaulipas Art. 82 Tlaxcala Art. 96

			Veracruz Art. 175 Yucatán SIN Zacatecas SIN
--	--	--	---

Notas y observaciones:

Campeche contempla la celebración de convenios con organismos públicos y privados para la formación de los profesores en áreas como salud, sexualidad y otros en el artículo 12 fracción VII f).

Ordenamiento	Tópico	Texto	Entidades Federativas
Ley General de Educación Título Noveno. De la corresponsabilidad social en el proceso educativo Capítulo II. De la participación de madres y padres de familia o tutores	Participación de los padres de familia y tutores en los planes y programas de estudio	Artículo 128. Son derechos de quienes ejercen la patria potestad o la tutela: VIII. Conocer de los planes y programas de estudio proporcionados por el plantel educativo, sobre los cuales podrán emitir su opinión;	Aguascalientes Art. 124 fracción VIII Baja California Art. 105 fracción IX Baja California Sur Art. 102 fracción X Campeche Art 49 Chiapas Art. 150 fracción VIII Chihuahua Art. 130 fracción XIV Ciudad de México SIN Coahuila de Zaragoza Art. 87 fracción XV Colima Art. 119 fracción VIII Durango Art. 170 fracción XI Estado de México Art. 184 fracción XI Guanajuato Art. 161 fracción VIII Guerrero Art. 115 fracción VIII Hidalgo Art. 126 fracción VII Jalisco Art. 125 fracción VIII Michoacán Art. 176 fracción VIII Morelos Art. 163 fracción

			VIII Nayarit Art. 49 fracción XI Nuevo León Art 92 fracción XIV Oaxaca Art. 74 fracción XI Puebla Art. 126 fracción VIII Querétaro Art. 58 fracción XVII Quintana Roo Art. 162 fracción XI San Luis Potosí Art. 114 fracción VIII Sinaloa Art. 161 fracción VIII Sonora Art. 127 fracción VIII Tabasco Art. 138 fracción XI Tamaulipas Art. 14 fracción X Tlaxcala Art. 97 fracción XI Veracruz Art. 171 fracción IX Yucatán SIN Zacatecas Art. 116 fracción VIII
--	--	--	--

Notas y observaciones:

Querétaro contempla como derecho de quienes ejercen la patria potestad participar en los programas, cursos y talleres que determine la Secretaría de Educación, los cuales serán tendientes a fomentar la vinculación con los educandos en temas de sexualidad, nutrición, valores, seguridad y demás que se requieran (fracción X).

El último párrafo del artículo 4 de la ley de Aguascalientes establece que la Autoridad Educativa dará a conocer de manera previa a su impartición, los programas, cursos, talleres y actividades análogas en rubros de moralidad, sexualidad y valores a los padres de familia a fin de que determinen su consentimiento con la asistencia de los educandos a los mismos, de conformidad con sus convicciones.

Por último, cabe mencionar que en la legislación de Morelos no se especifica que pueden emitir opinión sobre los contenidos.

B. EJERCICIO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

En este apartado describiré los programas actuales que, desde las diferentes secretarías y organismos públicos, se llevan a cabo en la actualidad, partiendo del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, además de las acciones llevadas a cabo por las organizaciones no gubernamentales.

1) ACCIONES GUBERNAMENTALES

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO³⁴⁶

En julio de 2019, se publicó en el DOF el Plan Nacional de Desarrollo el cual define los principios, ejes y estrategias de la presente administración, así como las prioridades nacionales que busca alcanzar el Gobierno de México.

En el Eje General 1 “Política y Gobierno”, la Estrategia Nacional de Seguridad Pública, establece objetivos de los cuales resaltan:

2. Garantizar empleo, educación, salud y bienestar mediante la creación de puestos de trabajo, el cumplimiento del derecho de todos los jóvenes del país a la educación superior, la inversión en infraestructura y servicios de salud.

3. Pleno respeto a los derechos humanos que permee las acciones e instituciones de gobierno; se buscarán las reformas que permitan dotar de obligatoriedad legal, con sanción en caso de incumplimiento grave, a las resoluciones que emitan las comisiones nacionales y estatales de Derechos Humanos.

Como parte fundamental de la Estrategia Nacional de Seguridad Pública se desarrollaron estrategias específicas para asuntos prioritarios y urgentes, donde se encuentra la Prevención Especial de la Violencia y el Delito, en la que se trabajará en disuadir a los autores de conductas delictivas de su reincidencia y se pondrá especial énfasis en el combate a los crímenes que causan mayor exasperación social como los delitos sexuales, la violencia de género en todas sus expresiones, entre otras.

Por otro lado, en el Eje General 2 “Política Social” se contempla el derecho a la educación y a la salud para toda la población.

Programa Sectorial de Salud Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024³⁴⁷

Este programa establece los objetivos, estrategias y acciones, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud. El programa contempla 5 objetivos prioritarios, 26 estrategias prioritarias y 201 acciones puntuales.

Los tres primeros objetivos prioritarios se orientan al diseño institucional y a la modificación estructural del Sistema Nacional de Salud, mientras que los objetivos 4 y 5

³⁴⁶ Plan Nacional de Desarrollo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2019 disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019 última revisión el 27 de mayo de 2022

³⁴⁷ GOBIERNO de México, Programa Sectorial de Salud 2020-2024, 17 de agosto de 2020, disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#:~:text=El%20Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202020%20%2D%202024%20se%20estructura%20a,que%20constituye%20el%20primer%20objetivo última revisión el 27 de mayo de 2022

corresponden a la capacidad del sector para incidir en la salud de la población bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos. De esta manera, los objetivos 4 y 5 consisten en:

4. Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.

5. Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.

Las estrategias propuestas del objetivo 4 contemplan el fortalecimiento de la vigilancia sanitaria y epidemiológica y su respectiva regulación, además involucran la perspectiva de salud ambiental y la promoción de vida saludable, también incluyen la salud sexual y reproductiva y las Infecciones de Transmisión Sexual. Este objetivo se vincula con la agenda de desarrollo sostenible 2030 donde se establecen los objetivos globales como una responsabilidad de los gobiernos, los sectores y la población en su conjunto; muchos de estos objetivos están vinculados estrechamente a la salud por lo que se deben realizar mayores esfuerzos para coadyuvar su cumplimiento. Respecto a la salud sexual y reproductiva, ésta encuentra su soporte en los convenios internacionales que muestran el compromiso de México para el avance de los derechos humanos y la importancia en su cumplimiento para el desarrollo sostenible de los países.

De las Estrategias prioritarias y Acciones puntuales del objetivo 4 quisiera resaltar:

4.1 Fortalecer la vigilancia sanitaria con base en la investigación científica y articulación del SNS para anticipar acciones y estrategias que correspondan a las necesidades y requerimientos desde una perspectiva territorial, epidemiológica y sensible a las condiciones críticas o de emergencia.

4.2 Fortalecer los mecanismos para normar y controlar las condiciones sanitarias tendientes a la reducción de riesgos a la salud para garantizar acciones y estrategias pertinentes de vigilancia y fomento sanitarios, promoción y prevención, con énfasis en la población en condición de vulnerabilidad.

4.4 Fortalecer la promoción e investigación sobre hábitos y estilos de vida saludable bajo un enfoque diferenciado, con pertinencia cultural y perspectiva de derechos para disminuir padecimientos prevenibles y procurar el disfrute pleno de la salud en la población.

4.4.1 Promover planes y políticas públicas, bajo un enfoque multidimensional e interinstitucional, para incentivar conductas saludables y prevención de enfermedades, con pertinencia cultural, sensible al ciclo de vida y con perspectiva bioética y de género.

4.4.2 Fomentar la investigación sobre los factores determinantes de enfermedades para incidir en la promoción y prevención en salud, con pertinencia cultural, sensible al ciclo de vida y con perspectiva de género.

4.4.4 Fomentar el uso de tecnologías interactivas y móviles, para informar, sensibilizar y orientar decisiones responsables de la población respecto a sus hábitos y estilo de vida saludable.

4.4.5 Implementar campañas de difusión en los centros de trabajo sobre los servicios de consulta y detección temprana de enfermedades para su prevención.

4.5 Implementar programas para la prevención y control del VIH y otras ITS para evitar su propagación o en su caso, propiciar su atención oportuna bajo un enfoque diferenciado con pertinencia cultural y perspectiva de derechos.

4.5.1 Coordinar la estrategia interinstitucional, para fomentar la participación comunitaria bajo los enfoques transversales, que faciliten la información y sensibilización de la población con mayor riesgo de exposición y prevengan la transmisión de ITS.

4.5.2 Promover campañas educativas respecto a enfermedades e infecciones de transmisión sexual, para reducir la estigmatización y discriminación a la vez que se propicia la asistencia de la población afectada a los servicios de salud.

4.5.6 Mejorar el tratamiento, seguimiento y cuidados de la población afectada garantizando el acceso igualitario la estandarización de la atención y los tratamientos, evitando la duplicidad de intervenciones.

4.5.7 Promover la prevención primaria y secundaria del VIH especialmente en mujeres considerando todas sus diversidades, contextos y ciclo de vida, que integre a las adolescentes e incluya la prevención de la transmisión perinatal del virus en el marco de derechos sexuales y derechos reproductivos.

Las estrategias y acciones propuestas del objetivo 5 parten de la necesidad de transitar hacia un sistema centrado en las personas y en las comunidades, en el que el Sistema Nacional de Salud responda a las demandas de la población, en particular, de quienes no han sido escuchados (mujeres, niñas, niños, adolescentes, jóvenes migrantes, comunidad LGBTTTTI y en general habitantes de las regiones que reflejan alta y muy alta marginación). La relevancia de este objetivo corresponde a las iniciativas orientadas a contrarrestar enfermedades con mayor impacto en la salud de la población, a brindar atención prioritaria a mujeres, niñas, niños y adolescentes y al fortalecimiento en la atención integral de la salud.

De las Estrategias prioritarias y Acciones puntuales del objetivo 5 quisiera resaltar:

5.1 Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad en servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las Enfermedades No Transmisibles para reducir su incidencia en la población, especialmente en los grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad.

5.1.1 Fortalecer la atención primaria de salud para la detección, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de la ENT, a través de servicios de calidad y un acceso oportuno para la población.

5.1.2 Fortalecer el Registro Nacional de Cáncer y crear un registro nacional de enfermedades no transmisibles para disponer de información oportuna, confiable y veraz que faciliten el diseño e implementación de programas y estrategias a nivel nacional.

5.1.5 Instrumentar estrategias y programas nacionales para la prevención y control de las ENT, con mayor impacto en la salud de la población bajo un enfoque de curso de vida y perspectiva de género.

5.2 Garantizar a hombres y mujeres, con especial énfasis en adolescentes y jóvenes, la atención a la salud relacionada con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la planificación familiar, para propiciar en la población una sexualidad saludable, elegida y libre de violencia.

5.2.1 Implementar campañas educativas en salud sexual y reproductiva para reducir los riesgos y desarrollar habilidades y actitudes relacionadas con una vida saludable bajo un enfoque bioético, participativo, intercultural, de género y de derechos humanos.

5.2.2 Difundir a través de tecnología interactiva y redes sociales amigables y accesibles para las y los adolescentes y jóvenes información para promover el ejercicio consciente de sus derechos sexuales y reproductivos.

5.2.3 Proporcionar consejería y orientación a través de campañas y servicios que promuevan y faciliten métodos anticonceptivos, con énfasis en la población de adolescentes y jóvenes, para la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

5.2.4 Promover la orientación y consejería en planificación familiar, bajo un enfoque integral que considere las decisiones en pareja y garantice información veraz, oportuna y con pertinencia cultural y perspectiva de derechos humanos especialmente en jóvenes.

5.2.5 Fortalecer los protocolos y mecanismos interinstitucionales para la atención de víctimas de violencia sexual para garantizar su atención oportuna y desde una perspectiva de derechos humanos.

5.2.6 Brindar orientación tanto a hombres como a mujeres en los casos de infertilidad, garantizando información veraz para la prevención, diagnóstico, manejo y referencia oportuna.

5.2.7 Otorgar atención integral a las mujeres, desde el embarazo, pasando por el parto y el periodo neonatal que garantice la salud materna y perinatal con énfasis en adolescentes embarazadas, priorizando la erradicación de la discriminación, estigmatización y violencia obstétrica.

5.2.8 Procurar la vinculación interinstitucional y fomentar la participación comunitaria para garantizar la adopción de los enfoques transversales en materia de salud sexual y reproductiva y procurar la pertinencia cultural de cada región.

5.2.9 Fortalecer los mecanismos relacionados con la supervisión y cumplimiento de la NOM-046-SSA2-2005, para la atención de las mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia familiar o sexual.

5.4 Mejorar los servicios de salud y asistencia social para procurar el desarrollo bajo un enfoque integral y diferenciado de niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos e igualdad de género.

5.4.2 Fortalecer la promoción y protección y apoyo de la lactancia materna, para fomentar la nutrición y la vida saludable de las niñas y los niños.

5.4.10 Fortalecer las campañas y mecanismos relacionados con la provisión de cuidados de niñas y niños para garantizar su salud y sano desarrollo en los primeros años de vida.

5.5 Fortalecer los servicios de salud y asistencia social brindados a mujeres para promover el goce pleno de la salud durante todo el ciclo de vida, bajo un enfoque integral y diferenciado, con perspectiva de género y pertinencia cultural.

5.5.1 Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para fomentar la detección temprana de cualquier tipo y modalidad de violencia y brindar la atención oportuna, conforme a sus derechos, a mujeres afectadas por lesiones de violencia, incluyendo la violencia de tipo sexual.

5.5.3 Mejorar la detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino y de mama, para disminuir los efectos negativos derivados de estos padecimientos.

5.5.4 Fomentar el acceso de las mujeres a los servicios de salud, bajo un enfoque integral más allá de la salud sexual y reproductiva y sensible a las particularidades de su ciclo de vida.

5.5.6 Garantizar la atención médica y asistencia social, bajo el estándar de debida diligencia y enfoque de género, de las mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia familiar o sexual, promoviendo el procedimiento de Interrupción Legal del Embarazo en caso de violación.

5.5.7 Otorgar una atención diferenciada en los programas y servicios dirigidos a las mujeres mayores y dependientes.

Por último, en el epílogo del programa se hace la siguiente afirmación: “Nuestro objetivo es claro: hacer efectivo el artículo 4o. constitucional a toda la población, lo cual asumimos como principal eje para construir una noción clara de lo que se quiere conservar, lo que se debe desterrar y lo que es necesario construir en materia sanitaria.”

Programa Sectorial de Educación Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024³⁴⁸

³⁴⁸ GOBIERNO de México, Programa Sectorial de Educación 2020-2024, 6 de julio de 2020, disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596202&fecha=06/07/2020 última revisión el 27 de mayo de 2022

La definición de los objetivos y estrategias prioritarias del programa, así como las acciones puntuales para su logro, tienen como referente la Reforma Constitucional en materia educativa publicada en el DOF el 15 de mayo de 2019, así como el contenido de otros ordenamientos cuyo propósito común es garantizar el derecho a la educación de excelencia con inclusión y equidad.

La política educativa de la presente administración se basa en seis prioridades: educación para todas y todos, sin dejar a nadie atrás; educación de excelencia para aprendizajes significativos; maestras y maestros como agentes de la transformación educativa; entornos educativos dignos y sana convivencia; deporte para todas y todos; y rectoría del Estado en la educación y consenso social.

Respecto a la educación de excelencia para aprendizajes significativos, la propuesta de la actual administración para elevar la calidad de la educación es colocar a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en el centro del Sistema Educativo Nacional, y asegurar que la suma de esfuerzos de todos los actores y de la sociedad en general, repercuta en una educación de excelencia. Para lo anterior se impulsará una transformación del Sistema Educativo Nacional, bajo la rectoría del Estado como garante del derecho a la educación y en el marco del Acuerdo Educativo Nacional donde se toma en cuenta a todos los involucrados estudiantes, madres y padres de familia, maestras y maestros, académicos, autoridades educativas locales, organizaciones de la sociedad civil con el objetivo de colocar en el centro a los educandos como los destinatarios finales de la suma de esfuerzos y voluntades.

Dentro de los objetivos prioritarios del programa resaltan:

1.- Garantizar el derecho de la población en México a una educación equitativa, inclusiva, intercultural e integral, que tenga como eje principal el interés superior de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

2.- Garantizar el derecho de la población en México a una educación de excelencia, pertinente y relevante en los diferentes tipos, niveles y modalidades del Sistema Educativo Nacional.

3.- Revalorizar a las maestras y los maestros como agentes fundamentales del proceso educativo, con pleno respeto a sus derechos, a partir de su desarrollo profesional, mejora continua y vocación de servicio.

6.- Fortalecer la rectoría del Estado y la participación de todos los sectores y grupos de la sociedad para concretar la transformación del Sistema Educativo Nacional, centrada en el aprendizaje de las niñas, niños, adolescentes, jóvenes y adultos

La intervención en torno a estos objetivos se articula en 30 Estrategias prioritarias, integradas por un conjunto de 274 acciones puntuales.

De las estrategias prioritarias y acciones puntuales del objetivo 1 resaltan:

1.2 Impulsar medidas para favorecer el ingreso y la permanencia en el sistema educativo de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes provenientes de grupos históricamente discriminados.

1.2.4 Sensibilizar sobre la importancia del desarrollo en la primera infancia, mediante campañas universales que abarquen temas de salud, nutrición, educación, estimulación, crianza positiva y disciplina basada en el respeto a los derechos.

De las estrategias prioritarias y acciones puntuales del objetivo 2 resaltan:

2.1 Garantizar que los planes y programas de estudio sean pertinentes a los desafíos del siglo XXI y permitan a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes adquirir las habilidades y conocimientos para su desarrollo integral.

2.1.1 Actualizar los planes y programas de estudio, con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género, para ofrecer una orientación integral, que comprenda, salud, educación sexual y reproductiva, (...) y desarrollo socioemocional.

2.1.5 Fortalecer la educación científica, tecnológica y profesional técnica con el fin de asegurar el desarrollo de conocimientos y habilidades para la vida y el trabajo.

De las estrategias prioritarias y acciones puntuales del objetivo 3 resaltan:

3.1 Garantizar que la formación desarrolle en los docentes los conocimientos, capacidades, aptitudes y valores necesarios para la educación integral.

3.1.1 Apuntalar la formación inicial para preparar a las maestras y maestros en las diferentes áreas académicas y niveles educativos de la educación básica y media superior, en congruencia con las orientaciones de la Nueva Escuela Mexicana.

3.1.7 Asegurar una formación docente con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género, interculturalidad y cultura de la paz.

3.1.8 Incorporar, en los planes curriculares, contenidos y prácticas educativas relacionados con la adquisición de estilos de vida saludables y responsables.

3.2 Reorientar la formación continua del personal docente, directivo y de supervisión para el óptimo desempeño de sus funciones y la mejora continua del proceso de enseñanza-aprendizaje.

3.2.6 Capacitar al personal en temas sobre conductas, necesidades y desarrollo socioemocional e integral de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes, con la finalidad de que estén preparados para enfrentar los desafíos del siglo XXI.

De las estrategias prioritarias y acciones puntuales del objetivo 6 resaltan:

6.4 Fortalecer la coordinación vertical y horizontal para la puesta en marcha del nuevo Acuerdo Educativo Nacional.

6.5 Impulsar el compromiso y la responsabilidad social para detonar un cambio de paradigma en la gestión del Sistema Educativo Nacional.

6.5.9 Generar mecanismos de participación activa, con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género, al interior de cada escuela para que niñas, niños y adolescentes puedan expresar sus necesidades, ideas, gustos y preferencias, y contribuyan a la inclusión social y la toma de decisiones.

Programa De Acción Específico Salud Sexual Y Reproductiva 2020-2024³⁴⁹

³⁴⁹ GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

El alcance del Programa, en términos poblacionales, incluye a todos los grupos etarios, estableciendo puntos de corte específicos con fines estadísticos. En este sentido, le interesa de manera particular, el grupo de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, y el grupo de 15 a 49 años para definir a las mujeres en edad reproductiva y en hombres abarca hasta los 64 años.

Este programa establece que para garantizar los derechos sexuales y reproductivos se requieren políticas públicas progresistas que garanticen a todas las personas el acceso a servicios de salud que respeten la toma de decisiones informadas y autónomas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

La perspectiva del Programa se basa en una definición comprehensiva e integral de la salud sexual y reproductiva, que abarca aspectos como: anticoncepción, prevención de embarazos en niñas y adolescentes, salud menstrual, prevención de la transmisión de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, atención integral a la salud materna y perinatal, lactancia, detección oportuna de problemas de infertilidad, cáncer asociado al aparato reproductivo y de mama, aborto seguro, prevención y reducción de los daños a la salud generados por la violencia de género y la violencia sexual, entre otros.

Las principales acciones incluidas en los servicios de salud sexual y reproductiva están orientadas a la prevención, educación y promoción, y forman parte del desarrollo integral de la persona. Su finalidad es contribuir a preservar un estado de salud y bienestar, toda vez que la sexualidad y la reproducción involucran procesos fisiológicos, con componentes sociales, culturales, psicológicos, emocionales y afectivos. El logro de las metas en salud sexual y reproductiva requiere intervenciones estratégicas, transversales e intersectoriales cuya finalidad es evaluar, mejorar, mantener, promover y, en su caso, modificar hábitos, prácticas o condiciones relacionadas con la salud.

El programa también menciona la importancia de generar acciones específicas dirigidas a la población masculina sobre todo en temas de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual, que promuevan una mayor simetría en las relaciones y en la participación de hombres y mujeres para alcanzar una sexualidad informada, placentera, libre de riesgos y basada en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como mecanismos de participación, corresponsabilidad y eliminación de las masculinidades hegemónicas que reproducen la violencia basada en el género.

El programa se conforma por los siguientes seis componentes:

1. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Incluye la promoción y coadyuva en el acceso de esta población a educación integral en sexualidad (EIS) de calidad, lo que favorece que cuenten con conocimientos basados en evidencia, habilidades de análisis y fortalecimiento de capacidades para una mejor toma de decisiones en términos de sexualidad, ejercicio de los derechos humanos, el establecimiento de relaciones sanas y respetuosas, la igualdad de género, la no

discriminación, la eliminación de la violencia entre pares, la violencia de género y el abuso sexual.

Se cuenta con una red de Servicios Amigables para Adolescentes, cuya cobertura es del 69% del total de los municipios del país y en 2020 alcanzó más de 2 mil 900 establecimientos en operación. Respecto a la vinculación con los servicios, se cuenta con un equipo de promotores juveniles y brigadistas dedicados a la promoción de estilos de vida saludables, que en 2019 sumó 17 mil voluntarios.

2. Anticoncepción, planificación familiar y salud sexual. Además de la anticoncepción, la prevención y control de infecciones de transmisión sexual, la detección oportuna del cáncer de mama y cánceres reproductivos han sido temas prioritarios; el programa incluye otros temas que han sido frecuentemente apartados de la política pública entre ellos: la salud menstrual, la identificación y referencia oportuna de casos de infertilidad, las disfunciones sexuales o psicosexuales en mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual, las medidas de prevención y atención durante el climaterio y perimenopausia o aquellas dirigidas a mujeres que opten por no ejercer la reproducción biológica. Su inclusión en las acciones del Programa responde a la premisa de que, es necesario incorporar una visión operativa que resalte las diferencias y las intersecciones entre la salud sexual y la salud reproductiva.

3. Salud materna. Involucra un continuo de acciones, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio, cuyo principal objetivo es proveer la información y realizar acciones necesarias para: favorecer un embarazo, parto y puerperio saludable o en óptimas condiciones; prevenir, detectar o atender oportunamente las complicaciones; evitar la morbilidad directa o por secuelas y la muerte materna, en un marco de estricto respeto a los derechos humanos de las mujeres que, voluntariamente o no, ejercen su capacidad reproductiva y que minimice la posibilidad de que sufran cualquier manifestación de maltrato obstétrico al interior de los servicios de salud.

4. Salud perinatal. Tiene como finalidad aumentar la supervivencia neonatal e infantil y prevenir la discapacidad, para lo cual se realizan acciones agrupadas en dos grupos de estrategias centrales: la atención calificada durante la etapa prenatal y el parto y la atención inicial de la persona recién nacida.

5. Aborto seguro. Se refiere a aquellos procedimientos que se realizan con un método recomendado por la propia OMS, acorde con la duración del embarazo y atendido por una persona con las habilidades necesarias para ello; incluye la atención del aborto espontáneo e inducido (en embarazos viables y no viables), el aborto incompleto y la muerte fetal intrauterina. Los servicios de aborto seguro comprenden el uso de tecnologías como medicamentos y la aspiración manual endouterina, la competencia técnica de equipos multidisciplinarios, el manejo del dolor durante el procedimiento y la anticoncepción postaborto.

De acuerdo con el programa, las personas deberán ser provistas de toda la información necesaria para tomar una decisión informada que asegure la promoción de

su salud y el respeto a sus derechos humanos, incluyendo los principios de equidad y no discriminación por etnia, edad, sexo o género, estatus socioeconómico, migratorio o jurídico.

6. Violencia de género. En éste ámbito es necesario fortalecer diferentes acciones, entre ellas: la disponibilidad de los insumos para la atención profiláctica y terapéutica en casos de violencia sexual, incluido el abuso sexual infantil, la referencia oportuna a servicios de apoyo, favorecer el registro apropiado de información, fomentar la investigación, abordar específicamente los contextos que incrementan el riesgo de exposición y vulnerabilidad, como las crisis epidemiológicas, humanitarias y la migración, definir políticas de prevención intersectoriales y presupuestos asignados que, en conjunto, implican el pleno reconocimiento de la violencia como un problema de salud.

Por otro lado, los Ejes Transversales del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 son:

- a) Derechos humanos
- b) Igualdad de Género. Implica que se supriman los privilegios basados en el sistema sexo-género, reconociendo los comportamientos, aspiraciones y necesidades específicas de hombres, mujeres y personas de la comunidad LGBTTTIQ.
- c) Interculturalidad
- d) Juventudes. La ONU define como juventud a los hombres y mujeres de 10 a 24 años de edad. En este grupo, se identifican dos categorías no excluyentes, la de adolescentes de 10 a 19 años y la de jóvenes de 15 a 24 años de edad.
- e) Masculinidades. Son construcciones culturales que definen normativas sociales, determinan patrones de conducta y estereotipos sexuales.
- f) Enfoque de población. Delimitación de sectores de población clave para la operatividad del programa: adolescentes, personas indígenas, población afromexicana o afrodescendiente, grupos LGBTTTIQ, personas con discapacidad, de la calle, migrantes y privadas de su libertad.

El objetivo general del programa es contribuir al bienestar de la población, a través del acceso universal a información y servicios de salud sexual y reproductiva con competencia técnica, evidencia científica, principios de igualdad, pertinencia sociocultural, no discriminación y respeto a los derechos humanos.

Las estrategias prioritarias agrupan las acciones puntuales en tres categorías, las cuales refieren al nivel de estructura en que serán realizados y a las etapas del proceso de implementación:

1. Acciones de información, educación e intervención comunitaria, tendientes a generar sociedades respetuosas de los derechos sexuales y reproductivos, habilitar entornos propicios, promover la toma de decisiones y fomentar el cuidado y el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.

2. Acciones para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector salud, incluyendo la formación y actualización continua, que promueva una atención basada en evidencia científica, recomendaciones y buenas prácticas.

3. Acciones vinculadas con las funciones sustantivas institucionales y que requieren de mayor coordinación interinstitucional e intersectorial para un avance sustantivo en la agenda nacional y los compromisos internacionales.

De las 18 estrategias prioritarias, se desarrollan un total de 87 acciones puntuales, que se exponen a continuación:

Objetivo prioritario 1: Impulsar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la población adolescente, a través de acciones específicas de información, prevención y atención oportuna.

1.1 Generar entornos comunitarios propicios para favorecer el ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

Acciones:

Promover el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de la población adolescente, mediante acciones de información y comunicación; Contribuir en el desarrollo de estrategias de educación integral en sexualidad dirigidas a adolescentes, personal docente, madres, padres y/o tutores y otros actores comunitarios; Impulsar la participación juvenil en la formulación de acciones e intervenciones comunitarias en materia de salud sexual y reproductiva, mediante procesos de consulta y formación de líderes y promotores voluntarios; Fomentar la corresponsabilidad de la población masculina en la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual, mediante acciones de información, sensibilización, promoción de estilos de vida saludables y acceso a servicios para adolescentes; Focalizar intervenciones dirigidas a la población adolescente de áreas rurales e indígenas para la atención en salud sexual y reproductiva.

1.2 Fortalecer la capacidad de las instituciones de salud para garantizar el acceso universal a información y servicios integrales de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Acciones:

Incentivar y vigilar la aplicación adecuada del marco normativo y jurídico en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, mediante la sensibilización y capacitación del personal de salud; Desarrollar e instrumentar estrategias de sensibilización y capacitación, dirigidas a profesionales de la salud para la atención específica de la salud sexual y reproductiva en la población adolescente; Impulsar la implementación y aplicación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva específicos para adolescentes en todas las instituciones de salud; Garantizar el acceso a un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en las unidades de atención primaria; Incrementar la cobertura, la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios específicos de salud sexual y

reproductiva para adolescentes, a través de la instalación de nuevos servicios y la implementación de procesos de mejora continua.

1.3 Impulsar estrategias interinstitucionales e intersectoriales coordinadas en materia de salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

Acciones:

Asegurar el acceso permanente y oportuno a métodos anticonceptivos modernos, la anticoncepción de emergencia y el esquema de doble protección en todas las instituciones públicas de salud; Prevenir embarazos subsecuentes en adolescentes que asisten a control prenatal, a través de acciones de acompañamiento, información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos modernos; Establecer acciones orientadas a la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual en adolescentes en coordinación con el Sector Salud y otras dependencias de los sectores público, social y privado; Favorecer el desarrollo de sistemas de información uniformes en las instituciones públicas de salud para monitorear y evaluar las acciones de salud sexual y reproductiva en la población adolescente, con datos desagregados por características específicas; Promover acciones coordinadas con el sector educativo para favorecer una vida sexual saludable e informada, el reconocimiento y respeto a la diversidad sexual y de género y el autocuidado a través de la educación integral en sexualidad dirigida a la población adolescente.

Objetivo prioritario 2: Favorecer el ejercicio de la sexualidad elegida, protegida y saludable a través de acciones de anticoncepción, planificación familiar, prevención y atención oportuna en salud sexual.

2.1 Garantizar el acceso universal a información y servicios de planificación familiar y anticoncepción.

Acciones:

Favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, a través de acciones de información, educación y comunicación en materia de anticoncepción y planificación familiar; Desarrollar e implementar estrategias locales y dirigidas para atender las necesidades específicas de los diversos grupos de población en materia de anticoncepción y planificación familiar; Promover el uso del condón masculino, del condón femenino y/o el esquema de doble protección para la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual; Fortalecer la prestación de servicios de anticoncepción y planificación familiar entre la población migrante en coordinación con las instancias correspondientes; Incentivar la participación de la población masculina en los servicios de anticoncepción y planificación familiar y en el autocuidado de su salud sexual y reproductiva, mediante acciones de información y promoción de la salud.

2.2 Fortalecer la capacidad técnica y ampliar la disponibilidad de servicios para atender las necesidades de anticoncepción y planificación familiar de la población en general.

Acciones:

Favorecer la consejería y la atención integral de usuarias y usuarios de métodos anticonceptivos, mediante la difusión de lineamientos y criterios médicos de elegibilidad; Impulsar la actualización y formación continua de los profesionales de salud en materia de planificación familiar y anticoncepción, mediante programas de capacitación con evidencia científica; Asegurar la disponibilidad continua y suficiente de anticonceptivos modernos, en todas las instituciones públicas de salud; Incrementar la cobertura y calidad de los servicios de anticoncepción post-evento obstétrico, mediante estrategias de monitoreo, con énfasis en hospitales con alta demanda de atención; Incrementar la continuidad de las usuarias de métodos reversibles de acción prolongada, mediante consejería y consultas de seguimiento; Realizar acciones intensivas de prestación de servicios de planificación familiar y anticoncepción dirigidos a la población masculina; Incrementar la oferta de servicios de vasectomía sin bisturí en unidades médicas de atención primaria en todas las instituciones del sector salud.

2.3 Implementar acciones de información y orientación para la detección oportuna de condiciones o patologías con efectos potenciales en la salud sexual y reproductiva, en coordinación con las instituciones y unidades administrativas.

Acciones:

Contribuir con las acciones de prevención, detección oportuna y referencia de cánceres reproductivos, a través de la información en los servicios de salud sexual y reproductiva; Elaborar e implementar protocolos para la identificación temprana y referencia oportuna de personas con problemas de salud sexual, infertilidad o disfunciones sexuales; Promover el autocuidado y la identificación oportuna de anomalías relacionadas con la salud menstrual, mediante la información otorgada en los servicios de salud sexual y reproductiva; Promover la coordinación interinstitucional y con las unidades administrativas correspondientes, para incrementar servicios de planificación familiar y anticoncepción para mujeres en edad fértil, con riesgo reproductivo alto; Impulsar la atención integral de las mujeres durante la etapa del climaterio y la perimenopausia.

Objetivo prioritario 3: Incrementar el acceso a la atención oportuna, integral y segura de la salud materna, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio.

3.1 Incrementar el acceso a información y las estrategias de promoción para mejorar la salud materna y la detección de riesgos.

Acciones:

Generar intervenciones de información, educación y comunicación sobre los beneficios de la atención pregestacional, el control prenatal, la participación corresponsable de la pareja y el acompañamiento para un embarazo saludable; Fortalecer las intervenciones comunitarias para coadyuvar en la mejora de la salud materna, a través de la participación y diálogo con parteras tradicionales, promotoras(es), traductoras(es), líderes de la comunidad y representantes de la sociedad civil; Promover

la importancia de la atención oportuna en mujeres embarazadas con datos de alarma, mediante acciones de información y promoción de la salud.

3.2 Fortalecer la atención integral de la salud materna para garantizar la capacidad técnica y buen trato en unidades de salud.

Acciones:

Favorecer la identificación y control de riesgos para el embarazo mediante la atención pregestacional; Fomentar la detección de factores de riesgo y patologías maternas durante el embarazo, mediante el control prenatal temprano y de calidad, incentivando la corresponsabilidad de la pareja; Favorecer el acceso a la detección oportuna de VIH y sífilis, para reducir el riesgo de transmisión vertical, mediante la realización de pruebas rápidas durante el control prenatal; Impulsar la mejora continua de la atención del trabajo de parto y parto desde un enfoque humanizado basado en evidencia científica, mediante el cumplimiento de la normatividad; Fortalecer la capacidad de respuesta en atención de emergencias obstétricas, por medio de la implementación de equipos de respuesta inmediata y de la aplicación del Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas; Mejorar la cobertura de anticoncepción post evento obstétrico, a través de servicios de calidad, apegadas a la normatividad y criterios médicos de elegibilidad; Implementar un protocolo de atención del puerperio, principalmente en casos de riesgo o complicaciones, mediante la articulación entre las redes de servicios y las consultas de seguimiento; Favorecer la atención humanizada de los casos de pérdida gestacional y la identificación oportuna de la depresión en el embarazo y posparto, por medio de acciones de sensibilización y capacitación del personal de salud; Favorecer el apego inmediato y la lactancia materna voluntaria hasta los dos años de edad y como alimento exclusivo los primeros seis meses de vida, mediante la formación y actualización del personal de salud.

3.3 Impulsar acciones de mejora continua de la atención, vinculación y monitoreo, para acelerar el cumplimiento de metas nacionales en salud materna.

Acciones:

Garantizar la atención integral del proceso reproductivo por personal calificado médico y no médico (partería profesional, enfermería obstétrica y perinatal), en las redes de servicios de salud; Fortalecer la referencia y contrarreferencia oportuna durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio, por medio de la articulación de los diferentes niveles de atención; Favorecer la confirmación y seguimiento de los casos de mujeres embarazadas con prueba reactiva de VIH, mediante la referencia y coordinación con las unidades administrativas correspondientes; Garantizar la atención de la salud materna de mujeres migrantes o en contextos de desastres, por medio de la identificación y referencia oportuna; Impulsar la prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad materna severa, mediante el análisis de casos en los comités correspondientes; Garantizar el estudio y seguimiento de la mortalidad materna, mediante el análisis y

vigilancia del cumplimiento a las recomendaciones emitidas en los comités correspondientes.

Objetivo prioritario 4: Contribuir al bienestar de la población infantil mediante acciones de prevención, detección y atención en la etapa prenatal y de la persona recién nacida.

4.1 Mejorar estrategias de educación e información para coadyuvar en el bienestar de la persona recién nacida.

Acciones:

Promover los beneficios de la atención pregestacional y control prenatal para la prevención de los defectos al nacimiento y detección del riesgo perinatal; Favorecer la alimentación con leche humana desde el nacimiento, exclusiva hasta los seis meses y complementaria hasta los dos años de edad, así como la donación de leche humana en bancos de leche, mediante acciones de información y promoción; Favorecer la alimentación de la persona recién nacida con leche humana en contextos de desastre y migración, mediante actividades específicas de información.

4.2 Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para la atención integral de la persona recién nacida.

Acciones:

Favorecer la atención inmediata de la persona recién nacida, por personal capacitado en reanimación neonatal y la identificación temprana de recién nacidos de riesgo para la referencia oportuna; Favorecer el contacto piel con piel, el apego inmediato, el alojamiento conjunto y el inicio de la lactancia dentro de la primera hora de vida, a través cumplimiento de los criterios de la “Iniciativa Hospital Amigo del Niño”; Promover la detección de hipoacusia y enfermedades congénitas del metabolismo a través del tamiz neonatal y la confirmación del diagnóstico de casos sospechosos, dentro del primer mes de vida; Favorecer el inicio del tratamiento multidisciplinario de las personas recién nacidas con enfermedades congénitas del metabolismo, dentro del primer mes de vida; Promover la alimentación exclusiva con leche humana de las personas recién nacidas prematuras y/o enfermas.

4.3 Implementar estrategias interinstitucionales para mejorar el acceso a la atención e información en salud perinatal.

Acciones:

Fomentar y vigilar el cumplimiento de los criterios de la “Iniciativa Hospital Amigo del Niño”, a través de la nominación de establecimientos de salud como “amigos del niño”; Fortalecer los mecanismos para el aseguramiento de insumos para el acceso oportuno de la persona recién nacida a las pruebas de tamiz neonatal; Garantizar el análisis de la mortalidad perinatal, mediante el seguimiento de los comités correspondientes; Mejorar el registro oficial de la muerte prenatal, mediante la capacitación del personal de salud.

Objetivo prioritario 5: Garantizar el acceso a servicios de aborto seguro según el marco legal vigente.

5.1 Fomentar el acceso a información oportuna sobre aborto seguro para garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

Acciones:

Elaborar y difundir información a mujeres sobre atención del aborto seguro mediante acciones de comunicación; Favorecer el acceso a la atención del aborto seguro mediante acciones de información y comunicación dirigidas a los equipos multidisciplinarios de salud; Promover el acceso oportuno a los servicios de aborto seguro con énfasis en niñas menores de 15 años, mediante la difusión de información sobre los derechos reproductivos incluidos en las leyes y normas.

5.2 Fortalecer la capacidad técnica y de respuesta del sector salud para garantizar la atención del aborto seguro.

Acciones:

Impulsar los servicios de atención integral al aborto seguro basados en tecnologías apropiadas y en evidencia científica considerando la edad gestacional, mediante la capacitación a equipos multidisciplinarios de salud; Impulsar el manejo ambulatorio del aborto seguro mediante una mejora continua en la gestión hospitalaria y de recursos humanos en salud; Incrementar la disponibilidad de unidades de salud en las entidades federativas que otorgan servicios de aborto seguro.

5.3 Fortalecer el marco normativo, de monitoreo y registro apropiado que faciliten los servicios de aborto seguro.

Acciones:

Elaborar y difundir estándares de calidad en la prestación de servicios de aborto mediante el desarrollo e implementación de lineamientos de atención; Promover el apego al marco legal, normatividad y procedimientos de atención del aborto seguro mediante estrategias de monitoreo y supervisión; Favorecer una mejora en la calidad de la información estadística en las instituciones de salud mediante la incorporación y registro de la atención de aborto seguro en los sistemas de información en salud; Promover la igualdad en salud con acciones de coordinación intra e interinstitucionales mediante la inclusión del aborto seguro en la formación y profesionalización de recursos humanos en salud.

Objetivo prioritario 6: Contribuir a la prevención y reducción de los daños a la salud ocasionados por la violencia de género y violencia sexual.

6.1 Impulsar estrategias para promover el derecho a una vida libre de violencia.

Acciones:

Fomentar el conocimiento de la población sobre su derecho a una vida libre de violencia mediante acciones de comunicación e información; Difundir los servicios de salud existentes para víctimas de violencia de género mediante acciones de

comunicación e información; Fortalecer acciones para la prevención de la violencia mediante talleres específicos para diversas poblaciones en entornos comunitarios.

6.2 Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para atender a la violencia de género y violencia sexual.

Acciones:

Fortalecer la implementación de procedimientos institucionales para la atención de las personas afectadas por violencia sexual mediante la disponibilidad de recursos humanos, materiales e insumos necesarios; Mejorar la detección, atención oportuna y referencia a los servicios requeridos, de acuerdo con la severidad de la violencia de género, mediante la aplicación de protocolos específicos; Promover la identificación temprana y atención oportuna de casos de violencia sexual de niñas menores de 15 años y menores de edad embarazadas mediante protocolos de atención y su cumplimiento; Promover estándares de calidad en la atención en salud para personas víctimas de violencia de género mediante el fortalecimiento de los servicios especializados; Promover la prevención y atención a la violencia de género en mujeres en comunidades indígenas mediante la implementación de un modelo específico.

6.3 Favorecer los mecanismos institucionales y de vinculación para la mejora de los servicios de prevención y atención de la violencia de género y violencia sexual.

Acciones:

Incentivar y vigilar que las acciones en salud para prevención y atención de violencia de género y violencia sexual cumplan con la normatividad y protocolos mediante monitoreo y evaluación; Promover la participación interinstitucional e intersectorial para la prevención y atención de la violencia de género, mediante la implementación de talleres re educativos dirigidos a grupos estratégicos; Fortalecer los mecanismos de gestión para la disponibilidad de insumos para la atención de la violencia de género y la violencia sexual; Fortalecer el registro de la detección y atención en salud a los diferentes tipos de violencia en el sistema de información en salud; Promover la participación de las instancias de salud como primer respondiente para la atención oportuna de la violencia sexual para evitar la revictimización, mediante la coordinación con el sector de procuración de justicia; Promover el trato digno y respetuoso en salud reproductiva como medidas para evitar la violencia obstétrica mediante la coordinación con el Sector Salud y otras dependencias de los sectores, público, social y privado; Promover la coordinación con las instancias correspondientes para la prevención y atención de la violencia de género y violencia sexual en contextos de migración y emergencia en caso de desastre.

Programa De Acción Específico Atención A La Salud De La Adolescencia 2020-2024³⁵⁰

³⁵⁰ GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico Atención a la Salud de la Adolescencia 2020-2024, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/629235/PAE_Adolescencia_6_4_21.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

El Programa reúne estrategias innovadoras incorporando el uso de nuevas tecnologías como la telesalud, para contribuir a preservar y mantener la salud de la población adolescente, con énfasis en los grupos en condición de vulnerabilidad.

Propone entre sus ejes de trabajo: la prevención del embarazo adolescente en población y la prevención de maltrato y violencia en personas de 10 a 19 años.

Las políticas transversales del programa son: las y los adolescentes como sujetos de derechos, equidad de género, e inclusión.

El objetivo general comprende garantizar intervenciones para la atención integrada en la población adolescente con el fin de asegurar la prestación de servicios oportunos y de calidad que promuevan, protejan y restauren su salud.

Del programa resaltan los siguientes objetivos prioritarios, estrategias y acciones:

Objetivo prioritario 1. Desarrollar habilidades de autoconocimiento, manejo de emociones y sentimientos, toma de decisiones y relaciones interpersonales, con el fin de reducir conductas de riesgo asociadas a las principales problemáticas de salud.

1.3. Promover la participación de la población adolescente en el cuidado de su salud y en la construcción de estilos de vida saludable a través de los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS).

Acciones:

Establecer un Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) en cada Unidad de Salud de primer nivel; Desarrollar prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable en adolescentes de 10 a 19 años; Elaborar materiales comunicativos dirigidos al promover el autocuidado y fomentar el desarrollo de estilos de vida saludable en población adolescente de 10 a 19 años; Fomentar el uso de tecnologías interactivas y móviles para informar, sensibilizar y orientar para promover el autocuidado y fomentar el desarrollo de estilos de vida saludable en población adolescente de 10 a 19 años.

Objetivo prioritario 2. Asegurar que la población adolescente, acceda a servicios de atención primaria en salud, conforme al marco normativo vigente, para prevenir, atender y detectar las principales problemáticas de salud, que afecten su desarrollo.

2.3. Coordinar las acciones interinstitucionales orientadas a la protección y restauración de la salud de la población adolescente de 10 a 19 años.

Acciones:

Diseñar acciones con instituciones del Sector Salud que atienden los problemas de salud de las y los adolescentes; Promover la participación de la sociedad civil para la protección y restauración de la salud de los adolescentes; Convocar a instituciones académicas de nivel superior para que participen en el diseño de programas de capacitación para personal de salud que atiende a la población adolescente; Diseñar estrategias y acciones de manera conjunta con agencias internacionales que favorezcan la prevención y atención de la salud en la población adolescente.

Objetivo prioritario 3. Promover acciones orientadas a la atención, protección y restitución del derecho a la salud en la población de 10 a 19 años, indígena, migrante y LGBTTTI

3.1. Diseñar e implementar intervenciones para la atención integral de la salud de la población adolescente de 10 a 19 años, indígena, migrante y LGBTTTI

Acciones:

Promover que los servicios de salud que atienden a la población adolescente apliquen, en su caso, el Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual.

3.2 Incorporar los enfoques transversales que favorezcan la perspectiva de género, la pertinencia cultural, la inclusión y la no discriminación en actividades de prevención, promoción de la salud y atención en la población adolescente de 10 a 19 años.

Acciones:

Diseñar y distribuir materiales informativos con perspectiva de género y pertinencia cultural; Capacitar y sensibilizar al personal de salud en materia de atención integral a personas afectadas por cualquier tipo de violencia, derechos indígenas, interculturalidad, derechos humanos y no discriminación enfocada a la población adolescente.

Por último, cabe mencionar que el programa afirma que la educación para la salud basada en habilidades ha tenido resultados en: reducir las conductas sexuales de riesgo que pueden resultar en embarazo, infecciones de transmisión sexual o VIH; prevenir el rechazo social entre pares; mejorar las conductas relacionadas con la salud y la autoestima, entre otros.

Programa De Acción Específico VIH y Otras ITS³⁵¹

Las políticas transversales de este programa son: las personas como sujetos de derechos; igualdad y violencia de género; enfoque diferenciado, interculturalidad y pertinencia cultural; sensibilidad al curso de vida y juventudes.

El objetivo general consiste en ampliar la cobertura y el acceso universal a servicios de prevención y diagnóstico, así como al tratamiento de la infección por el VIH y otras ITS, con un enfoque de salud centrado en las personas y las comunidades, con el fin de acelerar la respuesta nacional para la eliminación del VIH y otras ITS como problema de salud pública.

Destacan los siguientes objetivos prioritarios, estrategias y acciones puntuales:

Objetivo prioritario 1. Asegurar el acceso universal a servicios de prevención combinada del VIH y otras ITS libres estigma y discriminación, priorizando a la población clave y en situación de vulnerabilidad de las zonas geográficas más afectadas, en un marco de justicia social.

³⁵¹ GOBIERNO de México, Programa De Acción Específico VIH Y Otras ITS, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/624351/2._PAE_VIH_ITS.pdf última revisión 27 de mayo de 2022

1.1. Implementar servicios de prevención combinada del VIH e ITS con acceso universal, sin discriminación.

Acciones:

Otorgar paquetes integrales de prevención de acceso universal para la población más expuesta a la epidemia de VIH e ITS que incluyan provisión de condones, lubricantes, servicios de profilaxis pre y post exposición y kits de reducción de daños; Actualizar los protocolos institucionales de prevención del VIH y otras ITS en las unidades de atención médica, centrados en la persona y en un marco de actuación común, con perspectivas en derechos humanos, equidad e igualdad de género, diversidad sexual e interculturalidad; Capacitar y sensibilizar al personal de salud y de servicios comunitarios, en prevención de VIH y otras ITS, con enfoque de reducción de daños, salud mental, diversidad y derechos humanos.

1.3. Fomentar la prevención y detección del VIH y otras ITS dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva, considerando el enfoque del curso de vida e identidad sexo-genérica, dirigidos a población general y de baja prevalencia.

Acciones:

Apoyar intervenciones de promoción de la salud sexual basadas en evidencia biomédica y socio antropológica, diferenciada y con perspectivas en derechos humanos, equidad e igualdad de género, diversidad sexual e interculturalidad, priorizando adolescentes y jóvenes; Elaborar y difundir campañas, materiales comunicativos e informativos de promoción de la salud sexual, con uso de lenguaje no discriminatorio, veracidad de la información, evidencia científica y respeto a los derechos humanos, sexuales y reproductivos y diversidad sexual; Fomentar la participación del sector público, social y privado en la implementación de estrategias de educación, comunicación e información sobre medidas de prevención, detección y atención del VIH y otras ITS en las unidades médicas, internet, redes sociales y puntos de reunión de población clave; Promover la coordinación con las instancias educativas, de juventud y salud, para el aumento de conocimientos, reducción de barreras de acceso y generación de demanda de servicios de prevención en adolescentes y jóvenes; Apoyar intervenciones de promoción del uso de condón con lubricante a base de agua y monitorear su eficacia en la última relación sexual, focalizando a adolescentes y jóvenes; Elaborar y difundir campañas, materiales comunicativos e informativos para la generación de demanda de servicios de prevención combinada.

1.4. Fomentar la participación comunitaria en la implementación del programa y las acciones de prevención y detección del VIH y otras ITS a través de servicios comunitarios para aumentar la cobertura en las poblaciones clave.

Acciones:

Construir espacios democráticos deliberativos de organización y participación social para garantizar el derecho de todas las personas a los servicios de prevención, diagnóstico y atención integral del VIH y otras ITS; Promover intervenciones comunitarias

y de pares dentro de las unidades de salud de VIH y otras ITS que empoderen a las personas y las comunidades para garantizar el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos; Promover mecanismos formales de colaboración de manera homologada entre los servicios de salud y las personas y comunidades más afectadas, que reduzcan las brechas en el continuo de atención de VIH y otras ITS; Apoyar servicios comunitarios de prevención combinada que incluyan reducción de daños, detección, diagnóstico y vinculación a tratamiento de personas con VIH, VHC y otras ITS.

Objetivo prioritario 2 Incrementar el número de personas con VIH y otras ITS que conocen su diagnóstico y se vinculan a la atención a través de estrategias de detección temprana universal en todos los niveles de atención de salud y servicios comunitarios en un marco de derechos humanos y enfoque diferenciado.

2.1. Aumentar la provisión de servicios diferenciados, de calidad y sin discriminación para la detección del VIH y otras ITS en unidades de todos los niveles de atención del sector salud y servicios comunitarios accesibles a las poblaciones más afectadas por la epidemia.

2.2. Aumentar la provisión de servicios diferenciados, de calidad y sin discriminación para la detección del VIH y otras ITS en unidades de todos los niveles de atención del sector salud y servicios comunitarios accesibles a las poblaciones más afectadas por la epidemia.

2.3. Aumentar la provisión de servicios diferenciados, de calidad y sin discriminación para la detección del VIH y otras ITS en unidades de todos los niveles de atención del sector salud y servicios comunitarios accesibles a las poblaciones más afectadas por la epidemia.

Objetivo prioritario 3 Garantizar el acceso a tratamiento eficaz, adecuado y oportuno y sin discriminación, que asegure la atención integral de personas con VIH y otras ITS, a través de servicios centrados en la persona y comunidades que mejoren en su calidad de vida.

3.1. Implementar un modelo de atención para las personas con VIH que incorpore prácticas de atención integrada libres de estigma y discriminación, e incluya la prevención, detección y tratamiento de tuberculosis, hepatitis c, síndrome metabólico y neoplasias asociadas a VPH.

3.2. Implementar una estrategia que permita el abasto adecuado e ininterrumpido de medicamento antirretroviral.

3.3. Fomentar el seguimiento y la evaluación del modelo de atención, a través del enfoque de salud centrado en las personas.

Acciones:

Promover la integración interinstitucional del registro de personas que viven con VIH que incorpore un paquete básico de variables aplicable para diferentes grupos poblacionales con un enfoque de salud centrado en las personas con la participación de actores multidisciplinarios; Elaborar y difundir un estándar de atención dirigido al equipo

de profesionales de la salud, con el fin de capacitarlos sobre el concepto de salud centrada en las personas que permita la mejora de la práctica médica; Considerar la información generada en el registro de personas que viven con VIH, para conocer las brechas en la atención y dirigir acciones específicas en la respuesta a la epidemia.

3.4. Fomentar la respuesta coordinada con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género de todo el Sistema Nacional de Salud, para la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual, con énfasis en las de mayor impacto en la salud de las personas.

Acciones:

Elaborar y difundir un diagnóstico situacional de las ITS en México, que genere evidencia de la carga de enfermedad con la participación de un grupo experto asesor de la política de ITS; Actualizar y difundir los documentos técnicos y normativos relacionados con la atención de ITS; Capacitar al personal de salud y de servicios comunitarios en materia de consejería, detección, diagnóstico y tratamiento actual de las ITS; Otorgar la atención integral de personas con sífilis, clamidia, gonorrea, condiloma acuminado y molusco contagioso de manera oportuna, a través de servicios diferenciados, centrados en la persona y con un enfoque de género y salud sexual y reproductiva; Colaborar con los Programas Estatales de VIH y otras ITS para que cuenten con asignaciones presupuestarias para asegurar la infraestructura, recursos humanos, equipamiento que se requieren para la detección, diagnóstico y atención de ITS de manera universal.

Objetivo prioritario 4 Reducir la transmisión vertical del VIH y sífilis, mediante estrategias coordinadas con todas las instituciones y organizaciones del Sistema Nacional de Salud involucradas en la materia.

4.1. Implementar de manera coordinada con las instancias involucradas, las acciones establecidas en la normatividad vigente para la detección de VIH y sífilis en mujeres embarazadas y sus parejas durante el control prenatal, el evento obstétrico, el puerperio y la lactancia.

4.2. Implementar de manera coordinada con las instancias involucradas, las acciones establecidas en la normatividad vigente para la detección de VIH y sífilis en mujeres embarazadas y sus parejas durante el control prenatal, el evento obstétrico, el puerperio y la lactancia.

Objetivo prioritario 5 Coadyuvar en la reducción del estigma y discriminación y sus efectos asociados al VIH, la orientación sexual, la identidad y expresión sexo genérica y el uso de drogas con énfasis en el ámbito de la salud, en coordinación con todas las instancias involucradas.

5.1. Fomentar acciones e instrumentos de política pública que contribuyan a garantizar el derecho a la igualdad y la no discriminación en la prestación de servicios de salud, con énfasis en la atención del VIH y otras ITS.

Acciones:

Promover la cultura de la denuncia por discriminación y violación de derechos humanos en las unidades de salud, garantizando la confidencialidad de las personas denunciantes; Promover la armonización legislativa que sancione toda acción relacionada al estigma y discriminación a personas con VIH y otras ITS, con énfasis en el ámbito laboral y control sanitario; Apoyar intervenciones comunitarias que reduzcan el estigma, la discriminación, violencia de género y exclusión social hacia las personas con VIH con énfasis en los servicios de salud; Promover ante las instancias correspondientes la reducción de las prácticas discriminatorias y violación de derechos hacia las personas trans, personas que ejercen el trabajo sexual y personas que se inyectan drogas.

5.2. Aumentar las capacidades y el conocimiento del personal de salud sobre estigma y discriminación para contrarrestar las prácticas discriminatorias en los servicios de atención a personas con VIH y otras ITS.

5.3. Realizar acciones efectivas de información, educación y comunicación para modificar patrones socioculturales discriminatorios con énfasis en el ámbito de la salud en materia de VIH y otras ITS, en coordinación con las instancias correspondientes.

Acciones:

Elaborar y difundir campañas, materiales y otros instrumentos de sensibilización, en formato y lenguaje accesible, que contribuyan a prevenir la discriminación hacia personas con VIH y otras ITS; Elaborar y difundir información en formatos accesibles sobre el derecho a la provisión de servicios de salud libres de discriminación, con pertinencia cultural, perspectiva de género y curso de vida; Elaborar y difundir campañas con las instancias involucradas que reduzcan el estigma y la discriminación, la violencia de género y la exclusión social hacia poblaciones clave; Incorporar en campañas y materiales de comunicación el mensaje que las personas que viven con el VIH con una carga viral indetectable no pueden transmitir el VIH mediante el intercambio sexual (Indetectable=Intransmisible).

Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)³⁵²

La Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA) fue presentada en enero de 2015, como una respuesta multisectorial de gran alcance, con el objetivo principal de reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos.

Las metas de la Estrategia consisten en disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en un 50% la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años para el año 2030.

Cuenta con 5 objetivos generales, los cuales son:

³⁵² INSTITUTO de las mujeres, La Prevención del Embarazo en la Adolescencia: retos y avances, 2020, disponible en http://derechoshumanos.gob.mx/work/models/Derechos_Humanos/DGPPDH/Capacitacion/27-08-2020/Presentacion_ENAPEA.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

1. Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México.
2. Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo.
3. Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada, para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en ejercicio de la sexualidad.
4. Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
5. Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

Para dar respuesta a las metas propuestas en la ENAPEA, se instaló el Grupo Interinstitucional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (GIPEA), el cual se integra por 36 instancias y su objetivo es establecer mecanismos de coordinación, cooperación y comunicación, que permitan su implementación.

La ENAPEA para 2021-2024³⁵³ cuenta como ejes rectores transversales: la perspectiva de género, la perspectiva de juventudes, el curso de vida, la pertinencia cultural y la ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos.

Sus componentes prioritarios son: la educación integral de la sexualidad y psicosocial, el marco normativo, cultural y estructural, los servicios de salud amigables y la identificación y atención oportuna e integral de la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes.

Y sus temas clave son: masculinidades, doble protección: anticoncepción reversible de acción prolongada con condón, prevención del consumo de alcohol y sustancias en prácticas sexuales y retraso del segundo embarazo.

Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas³⁵⁴

Otro documento vigente relacionado con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es este documento en donde se establece el compromiso solidario entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para atender a toda mujer que presente emergencia obstétrica.

El Convenio se firmó el 28 de mayo de 2009 y toma como referencia el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, sin embargo, su vigencia es indefinida.

³⁵³ GOBIERNO de México, Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA 2021 – 2024), 2020, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/615221/12._ENAPEA_2021_-_2024._Nuevo_Andamiaje.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

³⁵⁴ SECRETARÍA de Salud, Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas, 2009, disponible en <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ConvenioEO.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

Se justifica la celebración del convenio debido al grave problema de salud pública que es la mortalidad materna y que es uno de los objetivos de Desarrollo del Milenio, pues su objetivo es fijar los lineamientos generales para que las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica sean atendidas, con el afán de abatir la mortalidad materna a nivel nacional.

Se establece que el servicio será brindado de manera oportuna, eficaz y sin discriminación por motivos de edad, nivel socioeconómico, derechohabiencia y padecimiento preexistente.

La décima séptima cláusula establece que en caso de que exista insatisfacción por parte de algún usuario por actos u omisiones de la parte proveedora de los servicios, la queja estará sujeta a los procedimientos internos de la parte proveedora de los mismos, sin perjuicio de las demás acciones legales que conforme a derecho le correspondan al usuario. La parte que preste los servicios deberá llevar a cabo todas las acciones que estén a su alcance para la solución de la queja.

También dice que las partes deberán realizar un informe trimestral a fin de facilitar el proceso de evaluación y seguimiento de los casos. Este informe se publica actualmente en la página de la Secretaría de Salud y el último informe publicado fue del período del 1 de enero al 31 de marzo de 2021, el cual incluye un concentrado desde el 1 de agosto de 2011 (fecha de inicio de operaciones del Sistema de Registro para la Emergencia Obstétrica), presentado en forma de resumen ejecutivo. Asimismo, se presentan dos anexos; el primero contiene el desglose de atenciones, pagos y adeudos por entidad federativa; el segundo muestra los movimientos que se pretenden realizar al Anexo 1 del Convenio, referente a los establecimientos resolutivos en materia de emergencia obstétrica.

Por otro lado, existen dos organismos clave en la atención de la salud sexual y reproductiva dependientes de la Secretaría de Salud: Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA)

El 5 de julio de 2001 fue publicado en el DOF el Decreto de Reforma del CONASIDA³⁵⁵ que abrogó el anterior y que también modificó el nombre del órgano desconcentrado en esta materia quedando como Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH SIDA (CENSIDA) cuyas atribuciones están estipuladas en el artículo 46 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

El Consejo es una instancia permanente de coordinación de los sectores público, social y privado para promover y apoyar las acciones de prevención y control del virus

³⁵⁵ SECRETARÍA de Salud, Reforma del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, DOF 5 de julio de 2001, disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=762925&fecha=05/07/2001 última revisión el 27 de mayo de 2022

de la inmunodeficiencia humana, del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, así como de otras infecciones de transmisión sexual.

Para el ejercicio de sus funciones el Consejo cuenta con un Secretariado Técnico que tiene bajo su cargo el CENSIDA, cuyas facultades, así como las del Presidente, se establecen en el Reglamento Interno del Consejo.

El artículo 5 del Reglamento Interno del CONASIDA³⁵⁶ establece que, para el cumplimiento de su objeto, tendrá las siguientes funciones:

I. Proponer políticas, estrategias y acciones para la elaboración y operación del Programa de Acción para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y otras ITS;

II. Promover la coordinación de las acciones entre las dependencias y entidades de la administración pública federal y los gobiernos de las entidades federativas, para la prevención y control del VIH, del SIDA, y de otras ITS; así como la concertación de acciones con los sectores social y privado en la instrumentación del Programa de Acción para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y otras ITS;

III. Proponer las medidas que considere necesarias para la prevención y el control del VIH, del SIDA, y de otras ITS;

IV. Promover la realización de actividades educativas, de investigación y de difusión, en materia de prevención y control del VIH, del SIDA, y de otras ITS;

V. Recomendar proyectos de investigación en la materia de su competencia;

VI. Promover la sistematización y difusión de la normatividad y de la información científica, técnica y sanitaria en materia de prevención y control del VIH, del SIDA, y de otras ITS;

VII. Opinar sobre los programas de capacitación y de atención médica relacionados con la prevención y el control del VIH, del SIDA, y de otras ITS;

VIII. Opinar y hacer propuestas sobre el sistema de información y evaluación del Programa en el ámbito nacional, estatal y municipal;

IX. Recomendar modificaciones a las disposiciones jurídicas vigentes que se relacionen con la prevención y el control del VIH, del SIDA, y de otras ITS;

X. Aprobar y modificar el Reglamento, y

XI. Las demás que le asigne el Ejecutivo Federal

De acuerdo con el artículo 15, el CONASIDA podrá determinar la creación de los comités y grupos de trabajo, de carácter permanente y transitorio, que estime convenientes para el estudio y solución de asuntos relacionados con su objeto.

Actualmente existen los siguientes comités³⁵⁷:

Comité de Prevención:

³⁵⁶ Reglamento Interno del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. DOF 5 de noviembre de 2002

³⁵⁷ SECRETARÍA de Salud, Lineamientos de Funcionamiento de los Comités del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, 2019, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/482213/LINEAMIENTOS_ACTUALIZADOS_01082019.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

Promueve mecanismos que fortalezcan las acciones de promoción y prevención del VIH, el SIDA e ITS con pleno respeto a los derechos humanos y perspectiva de género en las poblaciones clave y en situación de desigualdad.

Genera propuestas de acuerdo sobre prevención de estos problemas de salud pública para el CONASIDA que apoyen las estrategias y líneas de acción del Programa de Acción Específico de Respuesta al VIH, SIDA e ITS.

Da cumplimiento a los compromisos adquiridos por México tanto nacionales como internacionales en materia de prevención del VIH, el SIDA e ITS.

Lleva a cabo actividades de coordinación y concertación intersectorial e interinstitucional para el desarrollo de los acuerdos aprobados por el Pleno del Consejo relacionados con la difusión de estrategias específicas de comunicación y educación sexual para la prevención del VIH que inciden en comportamientos sexuales saludables y otros.

Comité de Atención Integral:

Genera propuestas de acuerdo sobre atención integral de calidad para el CONASIDA que apoyen las estrategias y líneas de acción del Programa de Acción Específico de Respuesta al VIH, SIDA e ITS.

Propone y actualiza las estrategias que permitan ofrecer los servicios de atención médica de calidad a las personas con estos problemas de salud pública que reciben atención en todas las instituciones de salud.

Revisa, actualiza y propone las estrategias que garanticen la disponibilidad de los medicamentos antirretrovirales y para las infecciones de transmisión sexual en todas las instituciones del Sector Salud.

Propone y actualiza los documentos técnicos y normativos para el diagnóstico, tratamiento antirretroviral para el VIH y el SIDA, de infecciones oportunistas y comorbilidades y todos aquellos que garanticen una atención integral de calidad en los servicios de salud.

Propone, revisa y actualiza en coordinación con el comité de Normatividad y Derechos Humanos y las instituciones involucradas, las estrategias que permitan brindar servicios de atención libres de estigma y discriminación.

Comité de Monitoreo y Evaluación

Analiza los indicadores y las estrategias para el seguimiento de las tendencias del VIH, el SIDA y de ITS en el país.

Evalúa las fuentes de información disponibles para medir los indicadores y revisar y analizar las recomendaciones de estrategias útiles para la estimación de áreas necesarias para el programa nacional.

Genera propuestas de acuerdo para el CONASIDA que apoyen el monitoreo y la evaluación del Programa de Acción Específico y el Reporte de Progreso en la Respuesta Global al Sida del Programa Conjunto de la ONU sobre el VIH y el sida.

Comité de Normatividad y Derechos Humanos

Analiza las políticas públicas y las legislaciones nacionales y estatales y los lineamientos internacionales desde la perspectiva del respeto a los derechos humanos de las personas con el VIH, con el SIDA y las ITS.

Elabora propuestas de cambio en materia de políticas públicas, leyes, normas, reglamentos y mecanismos de sanción; que reviertan el estigma, la discriminación y las violaciones a los derechos humanos relacionados con estos problemas de salud pública.

Analiza las informaciones respecto del cumplimiento de los compromisos del gobierno mexicano nacionales e internacionales en derechos humanos, del VIH y del SIDA, para difundir y promover una cultura de respeto a los derechos humanos de las personas con estos problemas de salud, de sus parejas, de sus familiares y allegados.

Genera propuestas de acuerdo para el CONASIDA que apoyen las estrategias y líneas de acción del Programa de Acción en materia de derechos humanos y para eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el del VIH, el SIDA y las ITS.

Por su parte el CENSIDA emite un Boletín de Atención Integral de Personas con VIH el cual concentra los datos estadísticos sobre pruebas aplicadas, cobertura de detección en mujeres embarazadas, casos de VIH por transmisión vertical y de personas en tratamiento antirretroviral y el último boletín publicado fue del periodo de abril a junio de 2021.³⁵⁸

El CENSIDA cuenta con la biblioteca "Francisco Galván Díaz"³⁵⁹ la cual apoya el trabajo de investigación profesional y técnico, y posee servicios amplios de referencia e información, cubriendo los temas relativos al tema del VIH. La biblioteca recopila y organiza información bibliográfica y textos producidos por el mismo CENSIDA, además ofrece una selección de temas en salud relacionados con el concepto de VIH/SIDA para todo aquel que lo solicite.

Para que pueda ser consultado, todo el acervo bibliográfico físico histórico fue donado a la Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa "Dr. Jaime Sepúlveda Amor" ubicado en Av. Combate de Celaya S/N, Col. Unidad Habitacional Vicente Guerrero, Iztapalapa, Ciudad de México.

También el CENSIDA cuenta con guías y manuales³⁶⁰ como herramienta para la transferencia de conocimiento, las cuales combinan la investigación científica, los programas de formación de los futuros profesionales de la salud, y la toma de decisiones en salud, ya sea a nivel clínico o de salud pública cuyos títulos son los siguientes:

Guía rápida para la atención de personas con Virus de la Hepatitis C (VHC) en los establecimientos de salud

Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH

³⁵⁸ CENTRO Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, Boletín de Atención Integral de Personas con VIH, disponible en <https://www.gob.mx/censida/articulos/boletin-de-diagnostico-y-tratamiento-antirretroviral-censida?idiom=es> última revisión el 27 de mayo de 2022

³⁵⁹ CENTRO Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, Biblioteca "Francisco Galván Díaz", disponible en <https://www.gob.mx/censida/acciones-y-programas/biblioteca-del-censida> última revisión el 27 de mayo de 2022

³⁶⁰ CENTRO Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, Guías y Manuales, disponible en <https://www.gob.mx/censida/es/articulos/guias-y-manuales-censida?idiom=es> última revisión el 27 de mayo de 2022

Prevención y manejo de la infección por VPH en población que vive con VIH
 Guía para la Atención Estomatológica en Personas con VIH
 Guía para la detección, orientación y referencia del VIH y otras ITS en centros para la atención de adicciones
 Guía para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
 Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida
 Guía integral para personas recién diagnosticadas con VIH
 Guía para la Aplicación de la Prueba Rápida de VIH
 Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa
 Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de servicios de salud
 Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH.
 Guía de enfermería para la atención del paciente con Binomio TB/SIDA
 El VIH/sida y los Derechos Humanos: guía básica para Educadores en Derechos Humanos
 Guía de enfermería para la atención de personas con VIH
 Guía Diagnóstico y Manejo de la Sífilis en el Embarazo y Prevención de la Sífilis Congénita
 Guía Práctica para la operación exitosa de los “Prevent Móviles”
 Guía sobre Prevención de VIH para personal que vive en centros penitenciarios.
 Guía para la Atención Psicológica de Personas que Viven con el VIH / sida
 Capasits Libres de Homofobia y Discriminación
 Sai's Libres de Homofobia y Discriminación
 Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA
 Manual de Organización Específico Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del sida e Infecciones de Transmisión Sexual
 Manual de Procedimientos del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del sida e Infecciones de Transmisión sexual
 Manual para la Prevención del VIH/SIDA en UDIS
 Manual para la Prevención del VIH/SIDA en Migrantes Mexicanos a Estados Unidos
 Manual de Consejería en VIH /sida e ITS
 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
 Fue creado el 1 de septiembre de 2003 como resultado de la fusión de la Dirección General de Salud Reproductiva y el Programa de Mujer y Salud, de acuerdo al artículo 40 del reglamento interior de la Secretaría de Salud³⁶¹, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva es un órgano desconcentrado de la misma y sus

³⁶¹ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, DOF 7 de febrero de 2018

funciones están contempladas en el Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.³⁶²

Siguiendo este Manual, la misión del CNEGSR es ser el órgano rector que contribuye a incorporar la perspectiva de género en salud y a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población a través de programas y acciones sustentados en evidencias científicas, mejores prácticas y las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y compromiso social, en un marco de participación social y de respeto a los derechos humanos.

Y su visión consiste en ser una organización de referencia en materia de igualdad de género y de salud sexual y reproductiva, con reconocimiento nacional e internacional, caracterizada por una alta competencia técnica y profesional, fundamentada en las evidencias científicas, las mejores prácticas y las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y compromiso social, con capacidad propositiva e innovadora, incluyente y abierta a la participación de la sociedad civil.

Los valores del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva son:³⁶³

Bien común. Implica que el y la servidora pública estén conscientes de que el servicio público es un patrimonio que pertenece a todos los mexicanos/as y que representa una misión que sólo adquiere legitimidad cuando busca satisfacer las demandas sociales y no cuando se persiguen beneficios individuales.

Integridad. La y el servidor público deben actuar con honestidad, atendiendo siempre a la verdad. De esta manera fomentarán la credibilidad de la sociedad en las instituciones públicas y contribuirán a generar una cultura de confianza y de apego a la verdad.

Honradez. El y la servidora pública no deberán utilizar su cargo público para obtener algún provecho o ventaja personal o a favor de terceros.

Imparcialidad. El y la servidora pública actuará sin conceder preferencias o privilegios indebidos a organización o persona alguna. Deberá tomar decisiones y ejercer sus funciones de manera objetiva, sin prejuicios personales y sin permitir la influencia indebida de otras personas.

Justicia. El y la servidora pública debe conducirse invariablemente con apego a las normas jurídicas de la función que desempeña. Es su obligación conocer, cumplir y hacer cumplir las disposiciones jurídicas que regulen el ejercicio de sus funciones.

Transparencia. La y el servidor público deberá permitir y garantizar el acceso a la información gubernamental, sin más límite que el que imponga el interés público y los derechos de privacidad de los particulares establecidos por la Ley.

³⁶² SECRETARÍA de Salud, Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 9 de marzo de 2018, disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/315214/MOE-CNEGSR.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

³⁶³ SECRETARÍA de Salud, Valores del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2015, disponible en <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/valores-del-centro-nacional-de-equidad-de-genero-y-salud-reproductiva> última revisión el 27 de mayo de 2022

Rendición de Cuentas. Significa asumir plenamente ante la sociedad, la responsabilidad de desempeñar sus funciones en forma adecuada y sujetarse a la evaluación de la propia sociedad. Obliga a realizar sus funciones con eficacia y calidad, así como a contar permanentemente con la disposición para desarrollar procesos de mejora continua, de modernización y de optimización de recursos.

Entorno cultural y ecológico. El y la servidora pública deben evitar la afectación de nuestro patrimonio cultural y del ecosistema, asumiendo una férrea voluntad de respeto, defensa y preservación de la cultura y del medio ambiente de nuestro país, que se refleje en sus decisiones y actos.

Generosidad. El y la servidora pública deberán conducirse con una actitud sensible y solidaria, de respeto y apoyo hacia la sociedad y las personas con quienes interactúan. Esta conducta debe ofrecerse con especial atención hacia las personas o grupos sociales que carecen de los elementos suficientes para alcanzar su desarrollo integral, como las personas adultas mayores, la niñez, las personas con capacidades especiales, los integrantes de nuestras etnias y quienes menos tienen.

Igualdad. El y la servidora pública deberán prestar los servicios que se le han encomendado a la sociedad en general, que tengan derecho a recibirlos, sin importar su sexo, edad, raza, nacionalidad, credo, religión o preferencia política.

Respeto. La y el servidor/a público/a deben dar a las personas un trato digno, cortés, cordial y tolerante.

Liderazgo. El y la servidor/a público/a deben convertirse en un decidido promotor/a de valores y principios en la sociedad, partiendo de su ejemplo personal al aplicar cabalmente en el desempeño de su cargo público.

Por otra parte, la estructura orgánica del CNEGSR³⁶⁴ cuya vigencia empezó el 1 de junio de 2020 es la siguiente:

Secretaría de Salud - Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Dirección General
-Coordinación Administrativa
Departamento de recursos humanos, financieros y materiales
-Dirección de atención a la salud materna y perinatal
Subdirección de atención al recién nacido y prevención de la discapacidad
Departamento de Prevención de la Discapacidad
Subdirección de Atención Materna
-Dirección de Desarrollo Comunitario
Subdirección de Redes Sociales
Subdirección de Monitoreo y Seguimiento
-Dirección de Género y Salud

³⁶⁴ SECRETARÍA de Salud, Organigrama del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2020, disponible en <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/organigrama-del-centro-nacional-de-equidad-de-genero-y-salud-reproductiva> última revisión el 27 de mayo de 2022

Subdirección de Documentación de inequidades

Subdirección de Sensibilización

-Dirección de Violencia Intrafamiliar

Subdirección de Prevención de la Violencia

Subdirección de Atención a la Violencia

- Dirección de Planificación Familiar

Subdirección de Salud Sexual y Reproductiva

Subdirección de Planificación Familiar

-Dirección de Cáncer de la Mujer

Subdirección de Cáncer de mama

Desde 2004 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva solicita al Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública la generación de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género (CSRyEG), las cuales constituyen una fuente de información útil para diseñadores de políticas y tomadores de decisiones a nivel operativo, responsables de programa, académicos y organizaciones de la sociedad civil, debido a que proporciona herramientas para mejorar el desempeño de sus programas; permite evaluar eficiencia y equidad de la provisión de servicios; ofrece información necesaria para monitorear el cumplimiento de las metas del gobierno.

La última publicación de las CSRyEG³⁶⁵ se realizó en 2015, la cual cuenta con 13 puntos del período 2003- 2015, y permite dar seguimiento a los montos gastados en los principales programas de salud reproductiva: salud materna infantil, planificación familiar, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, cáncer de próstata, equidad de género y violencia intrafamiliar.

Las CSRyEG distinguen el gasto público ejercido en servicios para la población sin seguridad social que incluye: Secretaría de Salud, Servicios Estatales de Salud y Sistema de Protección Social de Salud como un solo agente (SS/SESA/SPSS), y el Programa IMSS Próspera; del gasto público dirigido a población con seguridad social que incluye: IMSS e ISSSTE; así como el gasto privado de los hogares, aseguradoras y las organizaciones de la sociedad civil.

El gasto en Salud Reproductiva y Equidad de Género ejercido en 2014 fue de 70 597 millones de pesos, y en 2015 fue de 69 475 mdp, cifras equivalentes en promedio a 0.37% del Producto Interno Bruto (PIB) y 5.4% del gasto total en salud, este gasto puede ser desglosado de la siguiente manera:

Gasto por funciones 2014 y 2015:

Servicios de asistencia curativa: 75.1% y 75.3%

Servicios de atención preventiva: 10.4% y 10.3%

³⁶⁵ ÁVILA-BURGOS et. al., Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2014 y 2015 y evolutivo 2003-2015. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud, 2017, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/411898/Cuentas_SR_2014_22_enero.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

Bienes farmacéuticos y otros bienes no perecederos: 6.8% y 5.9%
Servicios auxiliares de atención a la salud y Gobierno y administración: 8.1% y 8.5%

Gasto por programas 2014 y 2015:

Salud materna perinatal: 66.9% y 67.5%

Atención a la endometriosis y patologías benignas: 9.4% y 8.1%

Planificación familiar: 5.1% y 5.3%

Cáncer cervicouterino: 5.6% y 5.4%

Cáncer de mama: 9.4% y 9.8%

Cáncer de próstata: 1.2% y 1.3%

Equidad de género: 1.5% y 1.5%

Rectoría y administración: 1.0% y 1.0%³⁶⁶

El documento aclara que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y el propio CNEGySR, las acciones en salud reproductiva comprenden los procesos reproductivos, funciones y sistemas en todas las etapas de la vida, lo que permite tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia. Sin embargo, para fines de las CSRYEG, la definición de salud reproductiva se circunscribe a las siguientes actividades:

Salud materno-perinatal (SMP): Atención del embarazo, parto y puerperio y complicaciones; Aborto y sus complicaciones; Atención del recién nacido.

Planificación familiar (PF): Provisión y seguimiento de métodos anticonceptivos temporales y definitivos, fertilización asistida.

Cáncer cérvico uterino (CaCu): Detección oportuna del cáncer, campañas de tamizaje, atención del cáncer y displasias.

Cáncer mamario (CaMa): Exploración mamaria, campañas de tamizaje, atención del cáncer y displasias.

Equidad de género: Prevención de riesgos en salud por violencia de pareja; Atención hospitalaria de las lesiones ocasionadas por la violencia doméstica.

Cáncer de próstata: Detección oportuna del cáncer, campañas, atención del cáncer e hipertrofia prostática.

Acciones relacionadas con la salud reproductiva: Atención de patologías benignas de útero, mama y próstata.

En este análisis no se distinguen acciones dirigidas a adolescentes y mujeres adultas. No se incluyen las actividades de atención de la menopausia y el climaterio, así como tampoco las dirigidas a la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual, ya que estas últimas se encuentran dentro del ámbito de estudio de las Cuentas Nacionales de VIH/sida.³⁶⁷

³⁶⁶ ÁVILA-BURGOS, op. cit. pp. 11 y 12

³⁶⁷ *ibidem* p. 36

La segunda parte del documento analiza la evolución de las cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género desde 2003 y menciona que de 2003 a 2015, el gasto total en Salud Reproductiva y Equidad de Género se incrementó anualmente 2.2 puntos porcentuales en promedio.

Asimismo, se resaltan como políticas de salud reproductiva:

1. La ampliación en la cobertura pública de actividades de salud materno infantil (consultas prenatales y atención del parto), principalmente para mujeres sin acceso a la seguridad social debido a la implementación del Sistema de Protección Social en Salud y de la Estrategia Embarazo Saludable (2008).

2. La introducción del tratamiento del cáncer de mama (2007) y del cáncer de próstata (2011) dentro del catálogo del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular (FPGC)

3. El impulso que en años recientes se ha dado a las acciones de planificación familiar a través de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.³⁶⁸

De acuerdo al análisis de los datos desde 2003, en el documento se concluye el financiamiento para las acciones de planificación familiar se ha incrementado a partir de 2011, en este sentido el incremento del gasto en planificación familiar da un mensaje alentador ya que refleja que, en años recientes, estas acciones se han priorizado y han movilizado mayores recursos como respuesta al problema mexicano del embarazo adolescente.³⁶⁹

Por otro lado el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva también fue el encargado de publicar la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes³⁷⁰

La Cartilla de Derechos Sexuales fue resultado del “Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales” convocado por el Instituto Mexicano de la Juventud y que continuó con el impulso de la sociedad civil y el aval de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos para dar a conocer la importancia del reconocimiento y ejercicio de los Derechos Humanos relacionados con la sexualidad de la población juvenil.

El Comité Promotor de la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes, conformado por instituciones, organismos públicos y organizaciones de la sociedad civil, se dio a la tarea de actualizar la Cartilla, como parte de un esfuerzo coordinado para favorecer el reconocimiento y ejercicio de los Derechos Sexuales de la población adolescente y joven de nuestro país (10 a 29 años).

La Cartilla consta de catorce derechos, cada uno explicado y sustentado en el marco jurídico vigente.

³⁶⁸ ÁVILA-BURGOS, op. cit. p. 97

³⁶⁹ *idem*

³⁷⁰ CENTRO Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes, Segunda edición, México, 2016, disponible en <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/cartilla-de-derechos-sexuales-de-adolescentes-y-jovenes-121339> última revisión el 27 de mayo de 2022

Este documento establece que el Estado tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los Derechos Sexuales de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad y que las políticas públicas diseñadas e implementadas por él en materia de Derechos Sexuales deben regirse por un marco de laicidad, fomentando la autodeterminación de todas las personas, que atiendan las necesidades y condiciones de vulnerabilidad social, y deben prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a estos derechos en los términos que la ley establece.

Los derechos desarrollados en la Cartilla son los siguientes:

1. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad de acuerdo con nuestras facultades en evolución.
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente nuestra sexualidad y vivir cualquier experiencia, expresión sexual, erótica o de género que elijamos, siempre que sea con pleno respeto a los derechos de las personas involucradas y acorde con nuestras facultades en evolución, como práctica de una vida emocional y sexual plena, protegida y placentera.
3. Derecho a manifestar públicamente nuestros afectos y a ejercer nuestra libertad individual de expresión, manifestación, reunión, identidad sexual, de género y cultural sin prejuicios, discriminación ni violencia.
4. Derecho a decidir libremente con quién o quiénes relacionarnos afectiva, erótica y socialmente; así como a decidir y ejercer nuestras prácticas sexuales, elegir las diversas formas de relacionarnos, elegir con quién compartir nuestra vida, sexualidad, emociones, deseos, placeres y/o afectos, de manera libre y autónoma.
5. Derecho a que se respete nuestra privacidad e intimidad y a que se resguarde confidencialmente nuestra información personal en todos los ámbitos de nuestra vida, incluyendo el sexual, sin importar la edad, con énfasis en adolescentes.
6. Derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual, a vivir libres de violencia y a que no se nos someta a ningún tipo de tortura ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes.
7. Derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva, si deseamos o no tener hijas(os), cuántas(os), cada cuándo y con quién, sin que nuestra orientación sexual, estado de salud, identidad de género, edad, estado civil o cualquier otra condición o característica personal sea un impedimento para ello, teniendo en cuenta la evolución de nuestras facultades, así como nuestras necesidades.
8. Derecho a la igualdad, a vivir libres de prejuicios y estereotipos de género que limiten nuestras capacidades, prácticas y ejercicio pleno de los derechos.
9. Derecho a vivir libres de discriminación.
10. Derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad para tomar decisiones libres sobre nuestra vida.

11. Derecho a la educación integral en sexualidad que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura de respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad.

12. Derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva que sean amigables para adolescentes y jóvenes, confidenciales, de calidad, gratuitos, oportunos y con pertinencia cultural.

13. Derecho a la identidad sexual, a construir, decidir y expresar nuestra identidad de género, orientación sexual e identidad política.

14. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción, en su diseño, implementación, evaluación y seguimiento.

En este mismo sentido, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva publicó la Cartilla Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad³⁷¹

En el entendido de que todas las personas con discapacidad tienen derecho al disfrute de todos los derechos de la humanidad, con principio de igualdad y no discriminación, las personas con discapacidad disfrutaran plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos de la humanidad y libertades fundamentales, así mismo no deberán ser víctimas de discriminación por otras causales, incluyendo género, orientación sexual o identidad de género, raza, edad, religión, embarazo, estado de salud, estado civil y condición económica o por cualquier motivo, no deberán ser discriminadas por enfermedades de transmisión sexual (VIH, Sida, VPH), cáncer, obesidad, diabetes, enfermedades mentales, enfermedad de Parkinson y Alzheimer.

Los derechos establecidos en esta Cartilla son:

1. Derecho a una vida libre de discriminación.
2. Derecho a la igualdad entre mujeres y hombres.
3. Derecho a la autonomía, a la integridad y a una vida libre de violencia.
4. Derecho a la libertad, autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad.
5. Derecho a manifestar la identidad sexual, la expresión e identidad de género, la orientación y preferencia sexual de forma libre y autónoma.
6. Derecho a la educación integral de la sexualidad en lenguas, lenguajes y con recursos acordes a las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias.
7. Derecho a la información científica sobre sexualidad, en lenguas, sistemas, formatos y tecnologías acordes a los requerimientos de las personas con discapacidad.
8. Derecho al respeto de la intimidad y la privacidad sexual.
9. Derecho al ejercicio libre, placentero e informado de la sexualidad.
10. Derecho a la atención de la salud sexual y salud reproductiva acorde a los requerimientos específicos de las personas con discapacidad.

³⁷¹ CENTRO Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Cartilla Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad, 23 de abril de 2019, disponible en <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/cartilla-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-personas-con-discapacidad> última revisión el 27 de mayo de 2022

11. Derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el ejercicio de la maternidad, la paternidad, la adopción y reproducción asistida.

12. Derecho a establecer relaciones afectivas y sexuales, al noviazgo y a elegir su estado civil, así como la expresión pública y privada de los afectos.

13. Derecho a la participación, consulta e incidencia en las políticas públicas sobre salud, sexualidad, reproducción y bienestar.

Por otro lado, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva también publicó el Decálogo de Acciones para la Prevención del Embarazo en Adolescentes³⁷², el cual consiste en:

1. Contar con un diagnóstico actualizado sobre el embarazo en adolescentes para identificar líneas estratégicas de acción, con énfasis en los 200 municipios prioritarios.

2. Invertir estratégicamente en intervenciones eficaces, probadas, y sistematizadas para la prevención del embarazo en adolescentes, que sean adecuadas a los contextos locales.

3. Consolidar la ejecución, evaluación y rendición de cuentas de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) de acuerdo con las atribuciones y campo de acción.

4. Incrementar la cobertura y calidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

5. Promover la oferta sistemática del Paquete Básico de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva a la población adolescente en los Servicios Amigables y unidades médicas de primer nivel de atención con perspectiva de género y con absoluto respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

6. Garantizar la oferta y entrega de métodos anticonceptivos a toda la población adolescente que lo requiera, conforme a la normatividad vigente.

7. Priorizar intervenciones preventivas en niñas de 10 a 14 años que privilegien la educación integral para la sexualidad, así como la detección y atención oportuna de la violencia y abuso sexual.

8. Sensibilizar, informar y capacitar a prestadores de servicios de salud, docentes, padres y madres de familia y todos aquellos actores sociales involucrados en la prevención del embarazo adolescente.

9. Desarrollar estrategias de comunicación específicas para la población adolescente orientadas a la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual.

³⁷² CENTRO Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Decálogo de Acciones para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 25 de septiembre de 2018, disponible en <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/decalogo-prevencion-del-embarazo> última revisión el 27 de mayo de 2022

10. Desarrollar mecanismos de monitoreo y evaluación periódica de los servicios, programas e intervenciones en la materia, incluyendo la participación de las y los adolescentes para la toma de decisiones.

Por último, otro de los documentos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva es el Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro.³⁷³

Este documento establece los criterios básicos de atención en las unidades de salud de la Secretaría de Salud para que las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que requieran servicios de aborto seguro dentro del territorio nacional, tengan acceso a una atención oportuna, resolutive e integral, basada en la mejor evidencia científica disponible y con perspectiva de género y de derechos humanos.

PLANES Y PROGRAMAS EDUCACIÓN BÁSICA SEP

Como lo expuse anteriormente, de acuerdo con la Constitución, la Ley General de Educación y las leyes locales en materia de educación, la educación sexual debe formar parte de los planes y programas de estudio en la educación básica; en este apartado analizaré estos documentos.

Formación cívica y ética en la educación básica³⁷⁴

Los propósitos generales de esta materia consisten en:

1. Fortalecer la identidad de los alumnos como personas dignas, valiosas y sujetos de derechos para participar en acciones que favorezcan su autorrealización y desarrollo integral, el cuidado de su salud y la prevención de riesgos.

2. Ejercer su libertad y autonomía, al asumir la dignidad y los derechos humanos como criterios para orientar sus acciones y valorar la vida social y política.

3. Promover la conformación del juicio crítico, a partir del análisis y la deliberación de acciones propias y de otros; formar criterios y asumir posturas que consoliden sus valores cívicos con fundamento en los derechos humanos.

4. Valorar sus vínculos de pertenencia que le dan identidad a diferentes grupos sociales, con el fin de promover solidaridad, equidad, interculturalidad, valoración de la diversidad, pluralismo y rechazo a la discriminación.

5. Promover la cultura de paz, al mostrar sensibilidad ética y conciencia ciudadana ante situaciones de injusticia, y participar en la construcción de entornos inclusivos, respetuosos de la legalidad, justos y tolerantes, en los que los conflictos se solucionen de forma pacífica.

6. Valorar su pertenencia a un Estado democrático que garantiza la justicia mediante normas e instituciones y el respeto de los derechos humanos, los cuales

³⁷³ CENTRO Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México, 14 de junio de 2021, disponible en <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667> última revisión el 27 de mayo de 2022

³⁷⁴ SECRETARÍA de Educación Pública, Formación cívica y ética en la educación básica, disponible en https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/FORMACION_CIVICA_Y_ETICA.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

regulan el ejercicio de la autoridad y las responsabilidades de la ciudadanía para participar activamente en los asuntos públicos.

7. Participar en las decisiones y acciones para modificar su entorno escolar, el de la localidad y el del municipio de manera organizada, responsable, informada, crítica y comprometida, en favor del bienestar colectivo y en defensa de la dignidad humana.

Los contenidos de esta materia están divididos en ejes y éstos a su vez están divididos en temas, en este entendido, los aprendizajes esperados de la materia son los siguientes:

Eje: Conocimiento y Cuidado de Sí

Tema: Identidad personal y cuidado de sí

Aprendizajes esperados:

Identifica sus características y capacidades personales (físicas, emocionales y cognitivas), así como las que comparte con otras personas y grupos de pertenencia. (4to de primaria)

Analiza situaciones de riesgo para protegerse ante aquello que afecta su salud e integridad o la de otras personas. (6to de primaria)

Comprende los cambios físicos y emocionales que experimenta durante la adolescencia y valora las implicaciones personales que trae consigo el ejercicio temprano de su sexualidad. Respeta la diversidad de expresiones e identidades juveniles. (1ro de secundaria)

Construye una postura crítica ante la difusión de información que promueven las redes sociales y medios de comunicación y que influyen en la construcción de identidades. (2do de secundaria)

Formula compromisos para el cuidado de su salud y la promoción de medidas que favorecen el bienestar integral. (3ro de secundaria)

Tema: Sujeto de derecho y dignidad humana

Aprendizajes esperados:

Reconoce su derecho a ser protegido contra cualquier forma de maltrato, abuso o explotación de tipo sexual, laboral u otros. (5to de primaria)

Exige respeto a sus derechos humanos y se solidariza con quienes viven situaciones de violencia y abuso sexual. (6to de primaria)

Valora su responsabilidad ante situaciones de riesgo y exige su derecho a la protección de la salud integral. (2do de secundaria)

Eje: Ejercicio Responsable de la Libertad

Tema: La libertad como valor y derecho humano fundamental

Aprendizajes esperados:

Identifica que es una persona con capacidad para tomar decisiones y hacer elecciones libres como parte de su desarrollo personal. (4to de primaria)

Comprende que el respeto mutuo y la no violencia son criterios para ejercer la libertad. (6to de primaria)

Tema: Criterios para el ejercicio responsable de la libertad: la dignidad, los derechos y el bien común

Aprendizajes esperados:

Analiza críticamente información para tomar decisiones autónomas relativas a su vida como adolescente (sexualidad, salud, adicciones, educación, participación). (2do de secundaria)

Eje: Sentido de Pertenencia y Valoración de la Diversidad

Tema: Valoración de la diversidad, no discriminación e interculturalidad

Aprendizajes esperados:

Identifica distintas formas de ser, pensar y vivir, como una forma de enriquecer la convivencia cotidiana. (4to de primaria)

Analiza situaciones de la vida escolar donde se humilla o excluye con base en diferencias o características de cualquier tipo: género, origen étnico, cultural, religioso, condición económica, física u otras. (5to de primaria)

Distingue creencias, tradiciones culturales y prácticas que generan intolerancia o distintas formas de exclusión. (6to de primaria)

Identifica las acciones de las instituciones y la aplicación de las leyes y los programas para prevenir y eliminar la discriminación. Reflexiona sobre los grupos de pertenencia de los adolescentes y su papel en la conformación de identidades juveniles. (1ro de secundaria)

Valora la igualdad como un derecho humano que incluye el respeto a distintas formas de ser, pensar y expresarse y reconoce su vigencia en el país y el mundo. (3ro de secundaria)

Tema: Igualdad y perspectiva de género

Aprendizajes esperados:

Comprende que mujeres y hombres tienen iguales derechos y que la discriminación afecta la dignidad de las personas. (4to de primaria)

Reconoce situaciones de desigualdad de género y realiza acciones a favor de la equidad. (5to de primaria)

Distingue características naturales y sociales entre hombres y mujeres y sus implicaciones en el trato que reciben. (6to de primaria)

Analiza situaciones de la vida social y política de México a la luz del derecho a la igualdad. (1ro de secundaria)

Analiza las implicaciones de la equidad de género en situaciones cercanas a la adolescencia: amistad, noviazgo, estudio. (2do de secundaria)

Promueve la igualdad de género en sus relaciones cotidianas y lo integra como criterio para valorar otros espacios. (3ro de secundaria)

Ciencias Naturales y Tecnología³⁷⁵

³⁷⁵ SECRETARÍA de Educación Pública, Ciencias Naturales y Tecnología, disponible en https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/CIENCIAS_NATURALES_Y_TECNOLOGIA.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

De esta materia resaltan uno de los propósitos para la educación secundaria, el cual consiste en:

6. Valorar el funcionamiento integral del cuerpo humano, para mantener la salud y evitar riesgos asociados a la alimentación, la sexualidad y las adicciones.

Por otro lado, uno de los propósitos para la educación primaria es:

5. Conocer los componentes y funciones de los principales órganos de los sistemas que conforman el cuerpo humano, como base para reconocer prácticas y hábitos que permiten conservar la salud.

En el caso de esta materia, el único tema que nos concierne es “Sistemas del cuerpo humano y salud” perteneciente al eje de “Sistemas”, en este sentido, los aprendizajes esperados consisten en:

Reconoce que el sostén y el movimiento de su cuerpo se deben a la función del sistema locomotor y practica acciones para cuidarlo. Reconoce medidas para prevenir el abuso sexual, como el autocuidado y manifestar rechazo ante conductas que pongan en riesgo su integridad. (3ro de primaria)

Describe los órganos de los sistemas sexuales masculino y femenino, sus funciones y prácticas de higiene. (4to de primaria)

Describe los cambios que presentan mujeres y hombres durante la pubertad (menstruación y eyaculación) y su relación con la reproducción humana. (5to de primaria)

Conoce y explica los beneficios de retrasar la edad de inicio de las relaciones sexuales, de la abstinencia, así como del uso del condón específicamente en la prevención de embarazos durante la adolescencia, la transmisión de VIH y otras ITS. (6to de primaria)

Compara la eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos en la perspectiva de evitar el embarazo en la adolescencia y prevenir ITS, incluidas VPH y VIH. Argumenta los beneficios de aplazar el inicio de las relaciones sexuales y de practicar una sexualidad responsable, segura y satisfactoria, libre de miedos, culpas, falsas creencias, coerción, discriminación y violencia como parte de su proyecto de vida en el marco de la salud sexual y reproductiva. (1ro de secundaria)

Educación socioemocional³⁷⁶

La Educación Socioemocional tiene como propósito que los estudiantes desarrollen y pongan en práctica herramientas fundamentales para generar un sentido de bienestar consigo mismos y hacia los demás, mediante experiencias, prácticas y rutinas asociadas a las actividades escolares; que comprendan y aprendan a lidiar de forma satisfactoria con los estados emocionales impulsivos o aflictivos, y que logren que su vida emocional y sus relaciones interpersonales sean una fuente de motivación y aprendizaje para alcanzar metas sustantivas y constructivas en la vida.

³⁷⁶ SECRETARÍA de Educación Pública, Educación socioemocional, disponible en https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/EDUCACION_SOCIOEMOCIONAL.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

Esta materia se organiza en dimensiones socio emocionales las cuáles se dividen en habilidades asociadas y éstas tienen los siguientes indicadores de logro:

Dimensión: Autoconocimiento

Habilidades asociadas: Conciencia de las propias emociones

Indicadores de logro:

Reconoce las emociones básicas (alegría, miedo, enojo, tristeza) e identifica cómo se siente ante distintas situaciones. (preescolar 1,2 y3)

Nombra las propias emociones e identifica la relación entre pensamientos que provocan emociones y las sensaciones corporales. (1ro y 2do de primaria)

Identifica cómo se sienten las diferentes emociones en el cuerpo, la voz, la capacidad de pensar con claridad y la conducta: analiza las consecuencias. (3ro y 4to de primaria)

Analiza episodios emocionales que ha vivido, considerando elementos como causas, experiencia, acción y consecuencias; y evalúa la influencia que tienen en sí mismo el tipo de interacciones que establece. (5to y 6to de primaria)

Expresa motivaciones, necesidades, deseos, emociones y pensamientos característicos de esta etapa de la vida e identifica sus causas y efectos. (1ro de secundaria)

Describe las características fisiológicas de las emociones y emplea estrategias que le permiten tener una visión más amplia y objetiva de su personalidad y patrones habituales. (2do de secundaria)

Analiza las consecuencias que tienen los estereotipos prevalecientes sobre la expresión de emociones en hombres y mujeres, en su propia expresión emocional y en su contexto sociocultural. (3ro de secundaria)

Dimensión: empatía

Habilidades asociadas: Reconocimiento de prejuicios asociados a las diferencias

Indicadores de logro:

Reconoce y nombra las diferentes características que tienen él y sus compañeros. (preescolar 1,2 y 3)

Reconoce y describe características propias y nombra aspectos que tiene en común con otras personas. (1ro y 2do de primaria)

Analiza la existencia de estereotipos y prejuicios, propios y ajenos, asociados a características de la diversidad individual y sociocultural. (3ro y 4to de primaria)

Argumenta de qué manera las diferencias entre personas se convierten en fortalezas y retos dentro de una familia o de un grupo. (5to y 6to de primaria)

Comprende y explica las libertades de las personas: libertad de expresión, de conciencia, de pensamiento, de culto, de identidad sexual y de libre desarrollo de la personalidad. (1ro de secundaria)

Relaciona y compara creencias y formas de organización social y política de otras culturas, grupos sociales o políticos, y comprende que es legítimo disentir. (2do de secundaria)

Argumenta sobre las consecuencias que tiene en un grupo social la descalificación y la exclusión de las personas. (3ro de secundaria)

Habilidades asociadas: Sensibilidad hacia personas y grupos que sufren exclusión o discriminación

Indicadores de logro:

Identifica cuando a alguien lo molestan o lo hacen sentir mal. (preescolar 1,2 y3)

Reconoce que él y todas las personas experimentan malestar o dolor en situaciones de maltrato, discriminación o exclusión. (1ro y 2do de primaria)

Identifica grupos o personas que han sido susceptibles de discriminación o maltrato, y evalúa posibles acciones y obstáculos para aliviar esta injusticia. (3ro y 4to de primaria)

Se involucra en acciones para brindar apoyo a gente que ha sufrido exclusión o discriminación, y manifiesta emociones positivas asociadas a dichas acciones de apoyo. (5to y 6to de primaria)

Analiza la situación y el contexto de personas, o grupos de personas que han sido excluidos sistemáticamente, y compara las acciones y actitudes dirigidas a excluir y las dirigidas a incluir. (1ro de secundaria)

Promueve acciones y actitudes de inclusión y respeto dentro y fuera de la escuela, y argumenta su postura frente a expresiones de discriminación. (2do de secundaria)

Evalúa su propia actitud e integración en prácticas de inclusión, de respeto y colaboración, tanto dentro como fuera de la escuela. Planea acciones preventivas frente a la exclusión y la discriminación. (3ro de secundaria)

LIBROS DE TEXTO

Los libros de texto gratuitos tienen cobertura nacional y, en muchos casos, representan el único material educativo que conocen y usan los niños y niñas; por esta razón el contenido de estos materiales es de suma importancia.

Para la gran mayoría de los niños y las niñas, el primer acercamiento formal a la lectura son los libros de texto gratuitos, que constituyen un material pedagógico y de soporte para los procesos de identificación y aprendizaje de los roles sexuales y de las relaciones sociales entre los sexos. Por otro lado, es importante contemplar que en el caso de los niños y niñas que no saben leer, las imágenes y los textos que observan presentan estereotipos de género.³⁷⁷

A petición de la Unidad de Planeación y Evaluación de Políticas Educativas de la Secretaría de Educación Pública, el Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México llevó a cabo de 2008 a 2011 el análisis y la

³⁷⁷ PIÑONES Vázquez Patricia, Manual para incorporar la Perspectiva de Género en la elaboración de los libros de texto gratuitos y otros materiales educativos afines, Secretaría de Educación Pública, México, 2012 disponible en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/sep_1_2012.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 9

evaluación conforme a la perspectiva de género de los Libros de Texto Gratuitos correspondientes a todas las áreas disciplinarias y grados educativos de educación primaria en sus diferentes versiones, así como el de tres áreas disciplinarias de tercer grado de Telesecundaria, lo anterior en el marco de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y de la Reforma Integral de la Educación Básica.

Como resultado de este estudio, en 2012 se publicó el Manual para incorporar la Perspectiva de Género en la elaboración de los libros de texto gratuitos y otros materiales educativos afines, este documento presenta recomendaciones y ofrece herramientas para identificar y evitar ideas, imágenes, contenidos, actividades y ejercicios que pudieran tener estereotipos de género o que promuevan la discriminación o la violencia.

Entre los resultados obtenidos se destaca lo siguiente:

Los libros de texto gratuitos contenían elementos que favorecen, fomentan, toleran o justifican la violencia contra las mujeres y las niñas.

En los contenidos textuales y las imágenes que se proponían subyacía algún tipo de violencia de género, de inequidad y/o de discriminación.³⁷⁸

En el apartado anterior presenté los contenidos de los planes de estudio que se relacionan con temas sobre derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, revisando los libros de texto gratuitos disponibles en el portal <https://libros.conaliteg.gob.mx/>, los temas que se desarrollan son los siguientes:

- Cívica y ética segundo grado de primaria

Tema: Mi bienestar físico y emocional

Subtema: Integridad personal

- Ciencias naturales cuarto grado de primaria

Temas: Los caracteres sexuales y su relación con la reproducción; Los sistemas sexuales; Diferencias en los caracteres sexuales primarios y secundarios; Semejanzas en las capacidades físicas e intelectuales de hombre y mujeres (Equidad)

- Cívica y ética cuarto grado de primaria

Tema: Participo para lograr la igualdad entre mujeres y hombres

Subtemas: Mujeres y hombres podemos hacer lo mismo; Mujeres de nuestra historia

Tema: Identifico la discriminación por género

Subtemas: Realizo acciones a favor de la igualdad entre mujeres y hombres; Construimos espacios libres de discriminación de género

- Ciencias naturales quinto grado de primaria

Tema: Situaciones de riesgo en la adolescencia

Tema: Funcionamiento de los aparatos sexuales y el sistema glandular

Subtemas: Relación del sistema glandular con los órganos sexuales: maduración sexual; Funcionamiento de los ovarios y del útero; Cambios en los hombres (sueños húmedos)

³⁷⁸ PIÑONES Vázquez Patricia, op. cit. p.12

- Cívica y ética quinto grado de primaria

Tema: ¿qué es la integridad?

Subtemas: Integridad física; Integridad moral

Tema: Ejercicio mi derecho a ser protegido

Subtemas: ¿cuándo estoy protegido?; Acoso escolar; ¿cómo defiendo mi integridad?

Tema: ¿Discriminación de personas o grupos?

Subtema: La discriminación en la vida cotidiana

*Nota: no menciona conductas sexuales ni orientación sexual

- Ciencias naturales sexto grado de primaria

Tema: Etapas del desarrollo humano: la reproducción

Subtemas: Cambios en el desarrollo humano; Fecundación, embarazo y parto

Tema: Implicaciones de las relaciones sexuales en la adolescencia

Subtemas: Métodos anticonceptivos; VIH

Mencionan en una historieta: infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado. Más adelante se menciona la deserción escolar y los gastos que conlleva.

*Actividad de aprendizaje: cuidar un huevo como si fuera un bebé

*Proyecto "Nuestra sexualidad": Con el fin de que los alumnos sean capaces de tomar decisiones informadas, deberán contestar lo siguiente: ¿dónde puedes obtener información confiable para conocer más acerca de la sexualidad humana?, ¿cuáles son las falsas creencias sobre la sexualidad?, ¿qué acciones de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos en adolescentes se realizan en el lugar donde vives?, ¿cuál es la importancia de los sentimientos y el afecto en la reproducción humana?, ¿qué significa equidad de género para ti?, ¿qué significa para ti sexualidad responsable?

- Cívica y ética sexto grado de primaria

Tema: Cultura de la paz

Subtema: Combatimos la discriminación hacia las niñas y mujeres; ¿quién me dice cómo se comporta una mujer o un hombre?

Por último, cabe mencionar que la formación sobre temas de sexualidad y reproducción también se encuentra presente en los planes de estudio dirigidos a docentes.

En el plan de estudios 2012 de la licenciatura en Educación Primaria se contempla la materia Desarrollo físico y salud, en donde la unidad I "Salud" abarca temas sobre sexualidad humana, por ejemplo: qué es la sexualidad humana, derechos, delitos y responsabilidades personales y sociales en el ejercicio de la sexualidad, embarazo en la adolescencia y, enfermedades por contagio sexual.

Dentro de las actividades de aprendizaje y enseñanza de esta unidad se encuentra investigar, en la comunidad, acerca de cómo se vivía la sexualidad en otras épocas y discutir los resultados obtenidos; exponer la reflexión, individual y grupal, acerca de las conductas que ponen en riesgo la salud sexual y cómo evitarlas; discutir y

reflexionar acerca de las medidas que hay que tomar para evitar los delitos sexuales y; buscar en el periódico un caso relevante sobre la sexualidad para ser analizado a través de un juicio simulado en el que se lleve a cabo un juego de roles.

Asimismo, el plan de estudios de la licenciatura en educación preescolar contempla el tema "La sexualidad en el alumno de preescolar" dentro de la unidad I "Salud".

El contenido de este tema se compone por: implicaciones para un futuro docente del nivel preescolar; manifestaciones de la sexualidad durante el preescolar; el docente frente a las manifestaciones de la sexualidad durante el preescolar y; educación sexual integral y prevención de la violencia en la educación preescolar.

Dentro de las estrategias didácticas sugeridas están: investigar, en fuentes bibliográficas, sobre las partes básicas del cuerpo humano (se recomienda dirigir la investigación hacia: recepción sensorial, visión, audición y equilibrio, así como gusto y olfato); registrar de forma escrita e individual la presencia de contenidos sobre sexualidad en un día de mi vida (medios de comunicación, relaciones interpersonales y pensamientos), con los resultados obtenidos, discutir y concluir qué se entiende por sexualidad y las implicaciones de ella en la futura práctica docente en el nivel preescolar y; elaborar un tríptico informativo sobre la prevención de abusos sexuales en la comunidad escolar actual.

2) ACCIONES NO GUBERNAMENTALES

Existen esfuerzos conjuntos entre el gobierno y organizaciones de la sociedad civil como el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México que se conforma por un grupo plural y multidisciplinario representado por organizaciones civiles, gubernamentales, académicas y agencias internacionales, preocupadas por mejorar la calidad de la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

En 2020, su conformación era de 64 organizaciones no gubernamentales, gubernamentales y académicas, y de cinco comités estatales en Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Jalisco y Guerrero, así como representantes en diversos estados del país.

El Comité se dedica a promover la maternidad informada, libremente decidida, sin violencia, gozosa y el acceso universal a atención de salud respetuosa y de calidad, para y con mujeres en situación de vulnerabilidad, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Además de los esfuerzos de la Administración Pública, existen organizaciones privadas que atienden aspectos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, la educación no formal de la sexualidad ha sido impartida por instituciones privadas sin el reconocimiento estatal o universitario desde los años setenta de manera constante e ininterrumpida.³⁷⁹

Para el desarrollo de este tema me dediqué a buscar organizaciones de la sociedad civil y entrevistarlas respecto a los siguientes puntos:

³⁷⁹ Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. p. 168

Misión, visión y valores; actividades que realizan; público objetivo; motivación para crear su organización; fuente de financiamiento; si cuentan con convenios de colaboración con el gobierno local o federal; concepto de una adecuada educación sexual y su opinión sobre el principal reto de México para lograr una adecuada educación sexual.

Cabe aclarar que no obtuve respuesta de todas las organizaciones mencionadas, sin embargo, algunas cuentan con sitios web de donde pude obtener cierta información. Siguiendo esta metodología, los datos sobre estas organizaciones en la atención a los derechos sexuales y reproductivos son los siguientes:

1. MSI

Contacto: infodf@mariestopes.org.mx ; www.mariestopes.org.mx ; 5555430000

La visión de esta ONG es vivir en un mundo en el que todos los nacimientos sean deseados; y su misión consiste en estar comprometidos, cada día trabajar para empoderar a mujeres y hombres para que tengan hijos por elección, no por azar.

Sus valores pueden describirse como:

Enfocados en el cliente. Son dedicados a sus clientes y trabajan sin descanso para ofrecer servicios de alta calidad e impacto que satisfagan sus necesidades individuales.

Responsables. Son responsables de sus acciones y se centran en los resultados para garantizar la sostenibilidad a largo plazo y aumentar el impacto de la organización.

Valientes. Reclutan y desarrollan gente con talento, apasionados y valientes que tienen el coraje de empujar los límites, tomar decisiones difíciles y desafiar a otros, en línea con su misión.

MSI se encuentra presente en 37 países, tiene más de 40 años de experiencia y más de 21 años presente en México; en el país cuenta con 9 centros (clínicas) de las cuales 8 están en la Ciudad de México y la otra en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Los servicios que proporcionan están dirigidos a hombres y mujeres de México en edad reproductiva entre los que se encuentran: interrupción legal del embarazo (solo en la Ciudad de México); planificación familiar; papanicolaou y colposcopia; vasectomía (sólo en la Ciudad de México); y pruebas rápidas de detección de infecciones de transmisión sexual.

También cuenta con 3 programas sociales para apoyar a la población mexicana:

El programa Parteras que contribuye a mejorar la salud sexual y reproductiva en zonas rurales y comunidades en situación de vulnerabilidad del sureste de México, presente en 56 municipios de los estados de Veracruz, Guerrero, Tabasco, Oaxaca Puebla, Morelos y Chiapas; y se conforma por más de 400 parteras, parteros y promotores de salud (algunos de ellos hablan lenguas indígenas como Zapoteco, Tseltal, Tsotsil y Tlapaneco) quienes son capacitados por Fundación Marie Stopes sobre derechos sexuales y reproductivos, en el uso y manejo de anticonceptivos, entre ellos la colocación de implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos (DIU), prevención de

embarazos no deseados, asistencia médica y prevención de Infecciones de transmisión sexual.

En el Programa Educativo MSI ha formado redes de jóvenes voluntarios y promotores de salud que llevan información científica, laica y gratuita sobre salud sexual y reproductiva a otros jóvenes directo a sus escuelas o a foros educativos con el objetivo de que, con la información, ellos puedan tomar decisiones libres e informadas para evitar embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual. Esta red anualmente transmite la información a más de 220 mil adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México, área metropolitana y Chiapas.

Por último, el Programa Subsidios brinda principalmente servicios de Interrupción del Embarazo, para apoyar a mujeres en situación de vulnerabilidad.

La organización tiene origen en Londres con tres pioneros de la salud reproductiva, Tim Black CBE, Jean Black y Phil Harvey, los cuales en 1976, iniciaron con la misión de brindar opciones a las mujeres de todo el mundo, buscando que cada mujer pueda elegir cuántos hijos tener y cuándo. Desde 1976 hasta 2020 se dieron a conocer como Marie Stopes International, sin embargo, la organización no fue fundada por Marie Stopes por lo que hubo malentendidos, fue por ello que el 17 de noviembre de 2020, se cambió el nombre a MSI Reproductive Choices para reflejar su enfoque fundamental en la elección reproductiva.

MSI es una organización no gubernamental auto sostenible, es decir, los recursos que se generan por sus servicios, se reinvierten en la misma operación y en sus 3 programas sociales.

Al momento de la entrevista (18-08-2020), contaban con convenios con la Alcaldía Azcapotzalco, Tlalpan y Magdalena Contreras; en los convenios realizaron alianzas para unir esfuerzos y llevar la información sobre salud sexual y reproductiva a localidades donde hacía falta o para ayudar a mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

De acuerdo con MSI, una adecuada educación sexual consiste en "información sobre salud sexual y reproductiva laica, científica y libre de tabús para que los jóvenes puedan tomar decisiones informadas y responsables sobre su vida sexual y

reproductiva." Y consideran que el principal reto para México consiste en la desestigmatización de la sexualidad.

Por último, cabe mencionar que en el portal de MSI se encuentran disponibles artículos sobre sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos disponible en <https://mariestopes.org.mx/blog/> .

2. IPAS México A.C.

Contacto: ipasmexico@ipas.org ; www.ipasmexico.org ; Redes sociales: @IpasMEX ; Ipas México

La misión de esta ONG consiste en aumentar la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, y reducir las muertes y lesiones relacionadas con el aborto. Se esfuerzan por ampliar la disponibilidad, calidad y

sostenibilidad de los servicios de aborto y de salud reproductiva, así como por mejorar el ambiente político para defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En Ipas, creen que ninguna mujer debería verse obligada a arriesgar su vida o su salud por carecer de opciones seguras de salud reproductiva.

Trabajan basados en tres ejes: Salud, acceso y derechos.

En el eje de la salud, entrenan y capacitan proveedores de servicios de aborto, apoyan sistemas de salud y trabajan con socios y organizaciones comunitarias para asegurar que los servicios de aborto de calidad estén disponibles, accesibles y cubran las necesidades de las mujeres.

Con la premisa de que para muchas mujeres y niñas la falta de información es la principal barrera para acceder a servicios de aborto seguro y anticoncepción, en el eje de acceso mantienen fortalecen sus alianzas con organizaciones que trabajan directamente con mujeres y niñas en sus comunidades. Al trabajar con socios y organizaciones, encuentran formas innovadoras para conectar niñas y mujeres con la información que necesitan para tener acceso a esos servicios.

En el eje de derechos, consideran que las mujeres y niñas no pueden determinar su futuro sin leyes y políticas que apoyen el acceso al aborto seguro y la anticoncepción. Abogan alrededor del mundo por el aborto seguro y legal, y en colaboración con otras organizaciones y defensores de Derechos Humanos, intervienen y apoyan la creación e impulso de políticas públicas que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de niñas y mujeres.

Ipas surgió en 1973 como respuesta a la aprobación de la Enmienda Helms a la Ley de Asistencia Extranjera de Estados Unidos, que prohibía el uso de cualquier ayuda del país para apoyar los servicios de aborto en el extranjero. Un grupo de investigadores y otros afiliados a la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill se unieron para completar el desarrollo de la tecnología de Aspiración Manual Endouterina (AMEU), así nació el Servicio Internacional de Asesoramiento sobre el Embarazo (IPAS, por sus siglas en inglés).

Además de la fabricación y distribución del instrumental de AMEU, el enfoque inicial de Ipas fue establecer clínicas independientes de aborto en países en desarrollo. Entre 1974 y 1980, Ipas apoyó la apertura de 13 clínicas en 11 países. Durante el mismo período distribuyó el instrumental de AMEU y anticonceptivos en todo el mundo.

Ipas ha trabajado en Centroamérica desde finales de la década de 1980 y en México desde 1983 cuya oficina se abrió oficialmente en 1995. Ipas CAM, con sede en la Ciudad de México, administra proyectos en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México y Nicaragua, así como actividades ocasionales en Panamá. En cada país, colabora con autoridades de salud, instituciones académicas, profesionales de la salud y socios de la sociedad civil para mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos; gran parte de la labor en América Central y México se centra en el cambio de políticas y reforma jurídica, sensibilización sobre las consecuencias de la penalización

del aborto y apoyo a los asociados de la sociedad civil y a las mujeres para el autocuidado del aborto.

Ipas cuenta con un programa de recaudación de fondos a través de donativo y eventualmente, realizan convenios de colaboración con diferentes gobiernos con quienes colaboran para contribuir a mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva y el acceso de las mujeres, niñas y adolescentes.

Ipas considera que "la educación sexual que niñas, niños y adolescentes reciben es, la mayoría de las veces, incompleta, incorrecta e inadecuada, cargada de prejuicios, estigma, estereotipos y creencias culturales negativas relacionadas con la culpa y la negación de la sexualidad como elemento fundamental de la salud. Este esquema se reproduce en los ámbitos familiar, social, escolar y religioso, en los medios de comunicación, las redes sociales, las tecnologías de la información y, por supuesto, también en los servicios de salud."

Menciona que no existe un periodo en el desarrollo de una persona en el que no esté presente la sexualidad, desde la primera infancia hasta la vejez, pero la falta de una Educación Integral en Sexualidad afecta de manera importante el desarrollo psicosexual de niñas, niños y adolescentes, los expone a conductas de riesgo y mantiene mitos y prejuicios nocivos, como la idea de que en la actualidad niñas, niños y adolescentes son más precoces e irresponsables en el ejercicio y vivencia de su sexualidad.

Afirma que la educación integral en sexualidad es un derecho de niñas, niños y adolescentes, que proveerla es una responsabilidad que involucra a la sociedad en su conjunto, especialmente las familias, las escuelas y los servicios de salud.

Concluye que considerar que niñas, niños y adolescentes son irresponsables, que proveerles de anticonceptivos fomenta la promiscuidad, o que requieren de la tutela de padre o madre para recibir educación integral en sexualidad y servicios de salud sexual y reproductiva, deja ver una desconexión con la realidad muy grande, la persistencia de fundamentalismos culturales y religiosos sobre la sexualidad y, quizá lo más preocupante, un gran desconocimiento del ordenamiento jurídico mexicano en materia de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes.

Por último, cabe mencionar que en el portal de Ipas México se encuentran documentos y estadísticas relacionados con la salud sexual y reproductiva, Disponible en <https://www.ipasmexico.org/recursos/>.

3. Católicas por el Derecho a Decidir

Contacto: contacto@catolicasmexico.org;
<https://www.catolicasmexico.org/i/quienes-somos/>

Esta ONG es una organización sin fines de lucro, integrada por personas católicas, que defiende la laicidad del Estado y los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a una vida libre de violencia, desde una perspectiva ética, católica y feminista.

Tiene la visión de buscar una sociedad e Iglesia en donde:

La convivencia se basa en el respeto, la libertad, la igualdad, la no discriminación, la solidaridad, la justicia, el reconocimiento de la diversidad y el bien común.

La comunidad católica es más crítica y participa activamente en la construcción de una Iglesia más incluyente y sensible a las realidades de sus creyentes.

Las personas creyentes pueden conciliar su fe con sus elecciones de vida, incluyendo una sexualidad placentera, informada y consensuada, desvinculada de la reproducción.

Las mujeres pueden elegir si desean o no ser madres, cuándo y cómo, siguiendo los dictados de su conciencia; y tienen las condiciones y los medios para llevar a cabo su decisión.

Las mujeres pueden vivir una vida plena, libre de violencia y coerción.

El Estado garantiza el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y jóvenes, específicamente los derechos sexuales y reproductivos, y a una vida libre de violencia.

El trabajo y acciones de CDD se guían por los siguientes valores:

Justicia. Consiste en reconocer, respetar y hacer valer los derechos de las personas; implica dar a cada quién lo que le corresponde según su esfuerzo, sus necesidades y de conformidad con la ley en el marco de derechos humanos.

Respeto. Es el reconocimiento de la dignidad profunda y la integridad de las personas, el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los demás individuos y de la sociedad.

Compromiso. Es poner en juego sus capacidades, hasta donde sea posible, para sacar adelante todo aquello que se les ha confiado y su conciencia ha aceptado.

Solidaridad. Implica sumarse a la causa de otros y actuar a favor del bienestar colectivo; puede traducirse en acciones a favor de aquellas personas que sufren formas de opresión, discriminación o exclusión. Implica el establecimiento de relaciones horizontales y simétricas y de reciprocidad entre todos y todas las integrantes de la sociedad.

Sororidad. Es una dimensión ética, política y práctica del feminismo contemporáneo que implica la solidaridad entre mujeres.

Responsabilidad. Es saberse auténticamente libre, la persona responde por cada uno de los actos que ha decidido. La corresponsabilidad implica compartir las responsabilidades entre todos los miembros y sectores de la sociedad.

Congruencia. Es actuar de acuerdo con la conciencia, implica ser consistente con lo que se dice y se hace en todos los espacios en los que se interactúa con los demás. Es un proceso personal que nos llama a la autocrítica.

Honestidad e Integridad. Trabajar, vivir y hablar con honestidad, respeto y congruencia es la expresión del comportamiento auténtico, coherente y sincero, que da por resultado la transparencia como rasgo característico.

Diversidad. Se trata de una actitud de reconocimiento de la riqueza, de la diferencia, de una disposición a admitir en los demás una manera de ser y de obrar distinta de la propia, de la aceptación del pluralismo.

Igualdad y Equidad. Reconocimiento de la importancia de crear las condiciones de equidad para desarrollar todas nuestras potencialidades, tomando en cuenta los factores de género, edad, raza, entre otros.

Libertad y Autonomía. La libertad es tener la capacidad de autodeterminarse, y no ser sujetos de la voluntad de otros. Cada persona es autora de lo que piensa y de lo que dice y en esa medida es autónoma, pero la libertad, en relación con otras personas, es relativa, por lo que no es posible hablar de libertad en términos absolutos. Implica esforzarse por llegar a reconocer la libertad de otras personas.

Católicas por el Derecho a Decidir defiende los derechos humanos de las mujeres y jóvenes, y promueve valores, en torno a los siguientes ejes temáticos:

a) Opciones reproductivas. Incluye la posibilidad de ser madre o no, lo que implica la deconstrucción cultural de la maternidad como destino ineludible de las mujeres y el derecho al aborto legal y seguro.

b) Sexualidad placentera, consensuada e informada. Incluye el respeto a los cuerpos de las personas, la diversidad sexual, el acceso a la educación integral de la sexualidad y la prevención del embarazo adolescente.

c) Familias diversas. Incluye impulsar el respeto, reconocimiento y no discriminación de las familias, independientemente su conformación; así como promover formas amorosas y democráticas de convivencia.

d) Vida libre de violencia. Está principalmente relacionada con la creación de mecanismos institucionales y comunitarios que permitan prevenir, atender y sancionar el feminicidio y la violencia sexual e incrementar el acceso a la justicia para las víctimas.

e) Laicidad del Estado y pluralismo religioso. Incluye defenderla en tanto condición básica en un Estado democrático para garantizar el ejercicio de los derechos mencionados, independientemente de las creencias de aquellos encargados de ejercerlos, garantizarlos, respetarlos y vigilarlos.

Católicas por el Derecho a Decidir cuenta con una serie animada sobre sexualidad, género y religión llamada “Catolicadas”, la cual se encuentra disponible en <https://www.catolicasmexico.org/i/catolicadas/> y se difunde en redes sociales desde 2012. La serie presenta historias de personas católicas jóvenes o adultas que enfrentan un conflicto o un dilema moral, aborda problemáticas cercanas a los creyentes, con un lenguaje sencillo y un toque de humor, relacionadas con la igualdad de género y familias diversas, la educación sexual y relaciones sexuales protegidas en jóvenes, el aborto, la violencia contra las mujeres, los derechos de homosexuales y lesbianas, la defensa del Estado laico y los derechos humanos dentro y fuera de la Iglesia.

Además, en la sección de Recursos de su sitio web: <https://www.catolicasmexico.org/i/recursos/>, se encuentran disponibles las campañas

que han realizado; el boletín “Tú decides”, que aborda temas sobre reproducción y sexualidad; artículos denominados “Argumentos Católicos”, que desarrollan un sustento religioso respecto a los ejes temáticos mencionados; las encuestas de Opinión Católica; libros y revistas relacionados.

4. Fundación México Vivo

Contacto: www.mexicovivo.org ; 56157383; redes sociales @fundmexicovivo ; fundación.mexico.vivo ; @fundación_mexico_vivo ; www.hablemosdesexo.com ; @hablemosdesexo ; hablemosdesexo ; @hablemosdesexoyamor

Es una asociación civil, fundada en 2003 en la sede de la ONU en México, que inicialmente estaba orientada a apoyar la lucha contra el sida, pero en 2014 amplió su misión para trabajar y unir esfuerzos para que la población viva su sexualidad con salud y poder de decisión.

Para lograr su objetivo, se dedica a proveer herramientas educativas y servicios que permiten elegir, prevenir, detectar y atenderse oportunamente para que más personas tengan una vida individual, familiar y social con inclusión, equidad, respeto, salud, amor y arte. Atienden a adolescentes en escuelas secundarias, jóvenes en bachillerato y universitarios, personal docente, madres y padres de familia, personal de los servicios de salud, población LGBT+, trabajadores sexuales, comunidades de zonas rurales, migrantes y personas con vida sexual activa.

También cuentan con talleres sobre educación sexual en colaboración con Injuve CDMX.

5. Mexfam - Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A.C.

Contacto: comunicacion@mexfam.org.mx ; <https://mexfam.org.mx/> ; redes sociales : @MexfamAC ; Mexfam A.C.

Mexfam es una organización de la sociedad civil dedicada a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, mediante la provisión de servicios de calidad en salud, principalmente sexual y reproductiva y educación integral en sexualidad con enfoque de género, derechos y construcción de ciudadanía.

Tiene la visión de atender a 14. 3 millones de personas y brindar 2 millones 100 mil servicios para lograr que México sea un país que garantice que todas las personas tengan información y el acceso a servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva, y al ejercicio libre de sus derechos sin violencia ni discriminación.

Su objetivos estratégicos consisten en:

Disminuir la incidencia de enfermedades asociadas a la Salud Sexual y Reproductiva (Cáncer de Mama, Cáncer Cérvico-Uterino y Cáncer de Próstata).

Disminuir la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual, tales como VIH/Sida, Gonorrea, Sífilis, Hepatitis B, Virus del Papiloma Humano, Zika.

Disminuir la incidencia de embarazos no planeados en adolescentes de 10 a 19 años de edad.

Contribuir a reducir los casos de Violencia Basada en Género, VBG, específicamente en el ámbito sexual.

Los valores de esta ONG son: Conciencia, Diversidad, Equidad, Honestidad, Inclusión, Inteligencia colectiva, Libertad, Responsabilidad, Transparencia y Unidad.

Mexfam cuenta con el Programa Gente Joven, el cual surgió en 1986 con el objetivo de proporcionar servicios de prevención y atención en educación sexual para adolescentes y jóvenes, debido a las estadísticas graves que México comenzó a presentar en el tema del embarazo no planeado, de la incidencia de las infecciones de transmisión sexual y, recientemente en el crecimiento en los casos de violencia en el noviazgo, sobre todo en el aspecto sexual.

Mexfam también cuenta con una sección de consulta en su portal web en donde se encuentran publicaciones e investigaciones realizadas por la misma fundación: <https://mexfam.org.mx/publicaciones/> .

6. Amssac - Asociación Mexicana para la Salud Sexual

Contacto: <https://www.amssac.org/> ; informesamssac@gmail.com ; (+52) 55 5573 3460 y (+52) 55 5513 7489 ; @Amssac ; Tezoquipa 26, Colonia Tlalpan Centro, Alcaldía de Tlalpan, Ciudad de México

Esta ONG tiene la misión de proporcionar los medios para el logro de la salud sexual personal, de pareja, familiar y social con excelencia, profesionalismo y ética basados en los Derechos Sexuales y el conocimiento objetivo, veraz y científico.

Amssac sigue el concepto de la Organización Panamericana de la Salud, entendiendo por Salud Sexual, un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. Asegura que todo individuo, independientemente de su género, clase social, nacionalidad, religión, raza, estado civil, orientación sexual o identidad sexual, tiene derecho a gozar plenamente de salud sexual.

Para Amssac el crecimiento humano es entendido como un proceso integral al que debe aunarse la expresión plena, libre, congruente, responsable y armónica de las potencialidades derivadas de la sexualidad, es decir, las resultantes de nuestras capacidades eróticas, vinculativas y reproductivas, así como de nuestra masculinidad y feminidad.

Los objetivos de la organización consisten en: brindar terapia sexual a personas con disfunciones sexuales; realizar investigación clínica y educativa en sexología; formar profesionales en sexología clínica y sexología educativa; realizar congresos y eventos académicos para la actualización y promoción del conocimiento científico en materia de sexualidad; implementar programas de educación sexual y diseñar materiales didácticos que coadyuven a la salud sexual.

Amssac cuenta con un Programa de Educación Sexual Integral (PESI), el cual abarca una enseñanza estructurada en sexualidad, desde kínder y preparatoria.

También tiene disponible en su sitio web una biblioteca virtual que puede ser consultada para temas sobre sexualidad y derechos sexuales: <https://www.amssac.org/biblioteca/> .

7. CIDHAL Comunicación, intercambio y desarrollo humano en América Latina A.C.

Contacto: cidhal@prodigy.net.mx ; <https://www.cidhal.org.mx/contacto>

Es una organización civil feminista fundada por Betsie Hollants que desde 1965 trabaja para promover y difundir los derechos humanos de las Mujeres.

Han trabajado más de 50 años con mujeres indígenas, rurales, urbanas, funcionarias públicas, políticas y líderes.

Los proyectos que han desarrollado están relacionados a la salud integral, el medio ambiente, la prevención de la violencia, la incidencia en políticas públicas, el empoderamiento político de las Mujeres, entre otros temas.

Las actividades de CIDHAL están dirigidas a mujeres jóvenes, mujeres adultas y adultas mayores y se dividen en tres bloques: Comunicación social, incidencias en políticas públicas y salud integral.

Respecto a la salud integral abarcan temas como violencia sexual, capacitación de parteras, certificación de parteras, identificación de cáncer cervicouterino, pruebas de papanicolaou, iniciativas sobre aborto, línea de atención y canalización, capacitación holística e integral y perspectiva de género.

La organización tuvo su origen en 1965 con la periodista Belga Betsie Hollants quien trabajaba por crear relaciones igualitarias basadas en la teoría de la liberación, creó una biblioteca específica para mujeres y recababa información en temas sobre mujeres, publicaba el “Boletín de las mujeres”, donde hablaba sobre métodos anticonceptivos, tabúes, la necesidad de trabajar con las mujeres en los grupos eclesiales, visibilización de la violencia, derechos sexuales y reproductivos, casos de violación con perspectiva de género.

Diseñó una metodología basada en el trabajo en redes y en alianzas, con mujeres aliadas en diferentes temas que se convirtieron en promotoras.

Y en 2009 se inició la atención a adolescentes desde la perspectiva de género, prevención, con responsabilidad y con información.

CIDHAL es una asociación civil no lucrativa y recibe apoyo de donatarias autorizadas y financiadoras internacionales. También han recibido financiamiento de instituciones como el INMUJERES, INDESOL, INE, del gobierno de los estados de Morelos, Tlaxcala, Guerrero y Chiapas, debido a actividades como capacitación de servidores, elaboración de diagnósticos y consultorías.

Los últimos convenios realizados con el gobierno, a la fecha de la entrevista (2-08-2020) fue un intercambio de conocimientos con el Observatorio de Participación Política del estado de Morelos, y con el Tribunal Electoral de Morelos para dar capacitaciones y conferencias.

Para CIDHAL, la educación sexual integral requiere de varios enfoques, instituciones educativas, instituciones de salud, de las familias y del trabajo comunitario para que todas las personas conozcan sus derechos sexuales y reproductivos.

Menciona que en México existen grandes retos en esta materia debido a que no siempre se aplican las normas, que los centros de salud no cuentan con la infraestructura necesaria sobre todo en los municipios, y que las alertas de violencia de género no son eficientes.

Por último, resalta su preocupación respecto al personal capacitado en estos temas en virtud de que han tenido varias experiencias donde capacitan al personal de ciertas instituciones, pero después de un tiempo el titular cambia o hay cambio de gobierno y las personas capacitadas también se van.

8. Cuenta conmigo, Diversidad Sexual Incluyente A.C

Contacto: www.cuentaconmigo.org.mx ; tuapoyo@cuentaconmigo.org.mx ; redes sociales: @Cuenta_Conmigo ; Cuenta Conmigo

Cuenta conmigo tiene la misión de contribuir a la transformación de una cultura de respeto e inclusión de la diversidad y la salud sexual, libre de estigma, discriminación y violencia, en el marco de la equidad de género y los derechos humanos. Y la visión de ser una organización líder en la promoción y defensa de la diversidad sexual, de las relaciones equitativas de género al interior de las familias y del ejercicio de una sexualidad libre de estigma y discriminación para el desarrollo integral de las personas.

Las actividades de la organización se dividen de acuerdo a la población objetivo:

a) Con las personas gay, lesbianas, bisexuales, transexuales o queer o que pertenezcan o se identifiquen como parte de una población sexo diversa o sexo genérica, se realizan actividades que buscan su desarrollo humano y su crecimiento personal a través de talleres de crecimiento personal, en las que buscan incrementar su autoestima, su autoconcepto positivo, su seguridad personal, mejorar sus vinculaciones familiares, de pareja y puedan incorporar buenas prácticas para el cuidado de su salud sexual, el placer, el erotismo, en general.

b) Con las madres, padres y otros familiares de las personas LGTB o sexo diversas, se realizan talleres para puedan comprender qué es la diversidad sexual con el objetivo de generar una mayor inclusión dentro de la familia y con ello se mejoren las relaciones interpersonales con sus hijas e hijos y que la familia sea un espacio de seguridad e inclusión y no un espacio del que se huya o del que se sienta temor como consecuencia de los aprendizajes erróneos ligados a la diversidad sexual.

c) Con las poblaciones profesionales de la salud, de la educación, del trabajo comunitario y público en general que se acercan a la organización buscando algún curso de actualización o de capacitación en temas de diversidad sexual, Cuenta conmigo promueve espacios educativos para que más profesionales puedan tener herramientas de diversidad sexual en sus espacios de trabajo. También se acercan personas de

instituciones públicas y privadas que buscan la inclusión, sensibilización, más información y la ONG les ofrece capacitaciones, pláticas específicas o talleres.

La razón que motivó a esta organización a desarrollar sus actividades fue “la poca atención que existe respecto a la discriminación, particularmente el tema de la discriminación y el rechazo social a las poblaciones LGTTBI, la estigmatización que sigue presente en la cultura en los sectores sociales, pero particularmente las consecuencias que eso tiene en la vida de la persona, a nivel personal, a nivel familiar y a nivel relacional con la sociedad.”

Señalan que a pesar de que existen otras organizaciones que trabajan este tema con enfoque en políticas públicas y acompañamiento legal, Cuenta conmigo se dedica a atender las afectaciones de la discriminación y la violencia a nivel personal, familiar y social. Los impulsa que a nivel gubernamental no existen muchos espacios especializados en este tema y a pesar de haber protocolos, la atención especializada en este sector no existe o es deficiente pues menciona que hay ciertos espacios que se han generado pero sin recursos públicos como centros de atención a las poblaciones pero la atención que brindan no se encuentra armonizada o estructurada, también existe el hospital de las emociones donde se brinda atención a la población LGBT pero no a las familias.

También señalan que el CONAPRED o el COPRED en la Ciudad de México los cuales brindan capacitación a servidores públicos, están rebasados en la posibilidad de brindar esta sensibilización.

Los recursos con los que trabajan desde 2008 provienen de seis fuentes principales: los donantes empresariales; los estímulos de gobierno (cuando existían, en los que concursaban para colocar un proyecto que tenga un beneficio público); las donaciones individuales; cuotas de recuperación que piden por algunos servicios; donativos en especie de empresas u organizaciones internacionales y; sobretodo el servicio social, los recursos humanos pro bono o voluntariado.

Mencionaron que, al momento de la entrevista (29-08-2020) no contaban con ningún convenio con el gobierno y que eventualmente han recibido algún reconocimiento por parte del DIF o por haber estado participando con una serie de organizaciones en el COPRED encaminadas a la no discriminación.

Para Cuenta conmigo, la educación sexual debe de tener sustento y evidencia científica, libre de prejuicios y particularmente libre de creencias religiosas. Denuncian que en México los grupos conservadores ligados a creencias religiosas tienen información errónea o manipulada relacionada con el cuerpo y la sexualidad e impulsan campañas para prohibir la educación integral de la sexualidad.

Consideran que una educación sexual adecuada implica que esté libre de prejuicios y de información equivocada, que se hable con apertura de los temas, que se dé a todos los niveles empezando por la primaria o desde el kinder.

Aclaran que la educación sexual no se refiere a que las personas aprendan a tener relaciones sexuales, que la sexualidad como lo ha marcado la OMS tiene que ver con un estado de bienestar físico, corporal, social, emocional, “en ese sentido es importante enseñar a niños y niñas a querer su cuerpo, a reconocerlo, a respetarlo, a que aprendan a poner límites, a decir que no, a reconocer cuando algo le viene bien a su organismo como reír, jugar, bañarse, tener higiene, cómo se sienten con eso, que aprendan a decir no cuando alguien los está molestando u hostigando, a esto se refiere la educación sexual a niveles básicos, a que las niñas y los niños aprendan a que hay distintas maneras en las que nos podemos sentir atraídos o atraídas, porque desde nuestra experiencia, las niñas y niños reconocen esa atracción, si un niño o una niña entienden que pueden sentirse atraídos por personas de su mismo género, de diferente género o de ambos géneros, entonces no se vive con angustia cuando eso se reconoce; que aprendan a relacionarse a comunicarse con otras personas, a manejar sus emociones, a reconocer que hay cambios corporales, los procesos fisiológicos y los cambios emocionales, que los encuentros sexuales no son como se manejan en la televisión o en la pornografía.”

Hace mención de que en la Ciudad de México se ha hecho un esfuerzo importante, con el libro “Tu futuro es hoy”, en donde se habla expresamente del tema.

Esta ONG opina que el principal reto de México tiene que ver con los grupos conservadores, los grupos que han usado los movimientos con perspectiva de género y el movimiento feminista para desprestigiarlos. También mencionan que se han encontrado con legisladores que no conocen del tema y sus decisiones se han basado en prejuicios o creencias religiosas.

Concluyen que debe haber mayor conocimiento sobre el tema debido a que cuando la personas entienden de lo que se está hablando, se aperturan y se suman. Aseguran que si las familias y las personas entienden qué es la sexualidad y cómo hay que hablar de ella, se sumarán y estarán de acuerdo en que se incorpore en todos los niveles educativos, porque es necesario para mejorar nuestras vinculaciones y tener una calidad de vida mucho más plena.

Por último, la organización Cuenta conmigo tiene disponible en su sitio web una sección donde pueden ser consultados artículos y materiales sobre la no discriminación y la población LGTB, disponible en <https://cuentaconmigo.org.mx/servicios-para-profesionales/>

9. Diversex Condonería

Contacto: <http://www.diversex.com.mx/>; diversexcondoneria@hotmail.com; 57098288; Regina 72, Centro Histórico, Ciudad de México, redes sociales Diversex Condonería

Tiene la misión de promover la salud sexual, a través de la educación, información científica y documentada, fuera de prejuicios y etiquetas, con el objetivo de que las personas vivan una sexualidad integral y erótica; desde un trato cálido y empático, que

permita acercarse libremente a cualquiera sin importar sexo, religión, edad o preferencia sexual. Y la visión de crecer y fortalecerse para ser un referente en el campo de la educación de la sexualidad, para el desarrollo de una sociedad más incluyente e informada.

Diversex además de contar con el servicio de condonería imparte charlas, talleres, conferencias y capacitaciones en diversos niveles educativos e instituciones públicas o privadas; colabora en eventos de sexualidad; brinda consejería en sexualidad integral, terapia sexológica y psicoterapia individual y de pareja presencial o en línea; realiza concursos de cartel sobre el uso de los condones como una manera de invitar y promover el uso de los mismos principalmente en las poblaciones adolescentes y de personas adultas jóvenes.

Sus actividades están dirigidas al público en general, aunque principalmente se enfocan en adolescentes y personas adultas jóvenes.

Diversex Condonería surgió en mayo de 2009 como una tienda de artículos para la vivencia plena de la sexualidad, con el objetivo de proveer un espacio cómodo y de confianza para cualquier persona interesada en su sexualidad, alejada del estereotipo concebido de una “sex shop”, donde pudiesen acercarse menores de edad dado que no se vende material sexualmente explícito (pornografía). Después se comenzaron a vender libros de diversos temas sobre sexualidad, disponiendo una cafetería para ofrecer a los clientes la posibilidad de tomar un café mientras consultan algún libro sin la necesidad de comprarlo.

Posteriormente, al sensibilizarse sobre la necesidad de educación en sexualidad integral, objetiva, laica y sin prejuicios, en junio de 2011 comenzaron a integrar nuevos servicios como charlas, talleres y consejería en sexualidad de manera presencial y en línea. A partir de ese momento, toman en consideración las necesidades de las personas que los visitan y siguen a través de las redes sociales, creando y colaborando en nuevos proyectos y servicios para la vivencia de una sexualidad más saludable, placentera y responsable.

Los recursos con los que trabajan se obtienen principalmente a través de la venta de los artículos de la condonería, así como, de los recibidos a través de las charlas, talleres, conferencias o capacitaciones cuando tienen costo, ya que es importante mencionar que la mayor parte de sus actividades son gratuitas.

No cuentan con convenios de colaboración con el gobierno local o federal, debido a que la mayor parte de sus actividades son autogestivas o se realizan por iniciativa de sus colaboradoras (educadoras de la sexualidad, psicólogas y sexólogas).

Esta ONG considera que la educación de la sexualidad debe ser integral a partir del reconocimiento de las personas como seres sexuados durante el ciclo vital, es decir, desde el nacimiento hasta la muerte. Para ello, la educación debe incorporar información científica, documentada y laica, libre de prejuicios y estigmas, con el objetivo de que las personas obtengan estas premisas desde un trato cálido y empático que promueva la

vivencia de una sexualidad plena independientemente de sus condiciones: edad, sexo, identidad de género, religión, orientación erótico-afectiva, estrato social, grupo étnico, entre otras.

Opinan que el principal reto para la sociedad mexicana consiste en desmitificar el término “sexualidad”, debido a que aún se reduce a fines reproductivos y de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual desde una connotación negativa que provoca miedo y vergüenza, invisibilizando los temas que invitan al reconocimiento del cuerpo, autocuidado y disfrute del mismo, premisas importantes y sesgadas de la educación de la sexualidad que obstaculizan la autonomía de las personas en su cotidianidad.

10. EducaSex Academy

Contacto: <http://educasexacademy.org/>; educasexacademy@gmail.com; 447535692963; redes sociales EducaSex Academy

El objetivo de EducaSex Academy consiste en promover al alumnado y a los jóvenes las herramientas necesarias para cuidar su salud sexual, así como para tener relaciones sanas y libres de cualquier tipo de violencia.

Realizan diversas actividades enfocadas a brindar educación sexual integral libre de prejuicios, tales como; pláticas sobre salud sexual en primarias; campañas de prevención de embarazos no planeados y ETS en redes sociales; encuestas y estudios sobre salud sexual entre jóvenes; guías y materiales para la prevención del acoso sexual en la escuela; cuentan con un aula digital con cursos diferenciados por edades sobre salud sexual; también han desarrollado webinars, podcasts e infografías relativos a distintos temas de interés, siempre relacionados con la salud sexual Niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

La razón que motivó a EducaSex Academy a desarrollar sus actividades fue la situación actual de la salud sexual entre adolescentes y jóvenes en México, así como la falta de recursos educativos de gran alcance orientados hacia este público, pues consideran que la salud sexual debe estar al alcance de todos sin que los juicios morales intervengan.

Los recursos que permiten la realización de sus actividades se obtienen principalmente de financiamientos para proyectos y hasta el momento no cuentan con convenios de colaboración con el gobierno local o federal.

Esta ONG define la educación sexual integral como aquella que está al alcance de todos, que es integral, libre de prejuicios, objetiva, científica, clara y simple; la que resuelve todas las dudas de niñas, niños y jóvenes sin generar vergüenza, ni estigmas sociales, sino provocando una sexualidad plena, libre y responsable.

Consideran que el principal reto para México son los estigmas sociales en torno a la temática y la posibilidad de que esto intervenga en las legislaciones y las decisiones sobre la educación; así como la falta de una política pública transversal que contemple la educación sexual y el ejercicio de la sexualidad como un ámbito más de la salud integral.

Por último, EducaSex Academy cuenta con una sección de “recursos” donde se pueden consultar materiales y documentos sobre sexualidad, reproducción, guías para padres y maestros, entre otros: <https://educasexacademy.org/category/recursos/>

11. Centro Cero Etiquetas

Contacto: <http://www.ceroetiquetas.com/>; contacto@ceroetiquetas.com; 5572598760; Tenayuca 17, Ciudad de México

Su misión consiste en ser una organización que construya redes entre mujeres y espacios seguros a la par de la incidencia en políticas públicas enfocadas a la justicia social, a través de alianzas con organizaciones afines a los ejes temáticos y valores de la cooperativa.

Tienen la visión de que, a través de sus actividades comunitarias de asesoramiento, capacitación e investigación con perspectiva feminista, de género y derechos humanos, se implementen actividades y experiencias que permitan ofrecer apoyo a mujeres en contextos de vulnerabilidad.

Los valores que rigen a esta organización son:

Pasión. Son mujeres que aman lo que hacen y buscan contagiar con su trabajo.

Empatía. Defienden y procuran que se cumplan los derechos de las mujeres ya que son un grupo que ha encarado y atravesado por las violencias que genéricamente afectan a los grupos que buscan ayudar.

Justicia Social. Creen en la igualdad de derechos y oportunidades como una agenda pendiente de cumplirse, donde la participación de los agentes sociales, políticos, y de la sociedad es clave para prevenir la violencia y exclusión hacia las mujeres y otras poblaciones.

Integridad. Son un grupo de mujeres éticas que velan por los intereses particulares y colectivos viendo por el bienestar emocional, educativo, psicológico y económico de las mujeres y las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Esta ONG brinda talleres, cursos, asesorías e investigación desde una perspectiva interdisciplinaria sobre género y derechos humanos a mujeres y otras poblaciones vulnerables para reivindicar su papel en la sociedad.

12. Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (ddeser)

Contacto: <http://www.ddeser.org> ; ddeser@ddeser.org ; redes sociales @ddeser_ ; ddeser

El objetivo de la ddeser es defender y promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, e impulsar el acceso a los servicios de aborto legal en México, a través de la formación y capacitación de mujeres líderes y promotoras y promotores juveniles en comunidades urbanas, rurales e indígenas.

La Red fue creada en 2003 y trabaja para que las mujeres, las y los jóvenes, conozcan y exijan sus derechos desde el ejercicio de su ciudadanía, tomen decisiones sobre su vida sexual y reproductiva de manera autónoma, libre e informada y que participen en la creación de legislaciones y políticas públicas. También busca que las

personas tomadoras de decisiones de todos los niveles gubernamentales y en diferentes ámbitos (educativo, social, de la salud, legislativo y judicial), se comprometan y trabajen para garantizar e impulsar los derechos sexuales y reproductivos.

13. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)

Contacto: <https://gire.org.mx/>; correo@giremx.org.mx; redes sociales @GIRE_MX; GIRE - GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA; gire_mx

GIRE es la organización feminista dedicada a la defensa legal por los derechos reproductivos, proporciona asesoría legal y documenta casos, realiza investigaciones sobre violaciones a estos derechos y diseña estrategias de concientización en temas de salud reproductiva. Colabora con aliados en diferentes estados del país para diseñar mensajes hechos a la medida de cada público.

Nació en 1992 con el objetivo de difundir información objetiva, científica y laica sobre el aborto en México, para posicionarlo como un tema de interés público, de salud pública y de justicia social.

Desde 2011, ha trabajado temas como anticoncepción, violencia obstétrica, muerte materna, reproducción asistida y conciliación de la vida laboral y personal, desde una perspectiva de derechos humanos de las mujeres.

Su misión es lograr una transformación cultural en México a través de la exigencia de justicia reproductiva, desde una perspectiva de derechos humanos. Para ello, incorpora una estrategia integral que contempla la incidencia en legislación y políticas públicas, el acompañamiento de casos, así como estrategias de comunicación e investigación sobre el estado de los derechos reproductivos en México.

Su página web <https://gire.org.mx/consultations/> contiene una Plataforma de Consulta en donde se pueden conocer datos relevantes sobre justicia reproductiva en México, además de artículos e informes.

14. Equidad de Género. Ciudadanía, trabajo y familia A.C.

Contacto: <https://www.equidad.org.mx/>; equidad@equidad.org.mx

Es una organización feminista que promueve la igualdad entre mujeres y hombres, así como el Estado de derecho, mediante el impulso de políticas públicas con enfoque de género, el fortalecimiento del liderazgo y la participación ciudadana de las mujeres en todos los ámbitos de la vida política y social.

Tiene la visión de contribuir a lograr una sociedad democrática con una amplia participación ciudadana donde mujeres y hombres puedan decidir sobre su vida dentro de un Estado de derecho con instituciones que integren transversalmente la perspectiva de equidad de género en sus políticas internas y externas.

La ONG se dedica a impulsar proyectos dirigidos al fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos en el marco jurídico nacional e internacional, y su difusión en amplios sectores de la población. Estos proyectos tienen el objetivo

transversal de fortalecer el ejercicio de la ciudadanía respecto a la vida sexual y reproductiva, así como los derechos inherentes.

Promueven la participación ciudadana en la lucha por el respeto al derecho de las mujeres a tomar decisiones libres e informadas sobre su vida y su cuerpo, así como el derecho al acceso al aborto legal.

También cuentan con un proyecto llamado "Con derecho a decidir", dedicado a la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos

15. Balance

Contacto: <https://www.balancemx.org/es>; adolescentes@balancemx.org; contacto@balancemx.org

Es una organización feminista que aporta a la construcción de un entorno habilitante para la toma de decisiones autónomas sobre sexualidad.

Tiene la visión de que las mujeres y adolescentes en México tengan vidas plenas y placenteras con la libertad para decidir cómo quieren desarrollarse.

Entre sus actividades se encuentran: contribuir con la transformación de políticas, programas y acciones que garanticen los derechos sexuales; brindar herramientas y acompañamiento a mujeres y adolescentes, para detonar procesos de reflexión crítica reconociendo la sexualidad como fuente de bienestar; trabajar para que exista un entorno que permita a mujeres y adolescentes tomar decisiones libres sobre sexualidad.

Cuentan con un apartado de publicaciones en su sitio web <https://www.balancemx.org/es/publicaciones> donde se pueden consultar materiales sobre salud sexual y reproductiva, derechos sexuales, identidad sexual, VIH, violencia, entre otros temas.

16. Sakil Nichim Antsetik

Contacto : <https://sakilnichim.wixsite.com/sna-ac/contacto>

Es una organización civil constituida por mujeres indígenas de diferentes municipios de Chiapas, que vieron la necesidad de organizarse para luchar y así buscar solución a los diferentes problemas sociales en las comunidades.

Sakil Nichim Antsetik fue creada en 2007 para responder a los problemas de muerte materna, violencia doméstica y falta de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas en la región de Los Altos de Chiapas. A partir de los problemas identificados, han realizado acciones que ayudan a la promoción de la maternidad segura, la prevención de la muerte materna, parto, y después del parto, así como la promoción de los derechos Sexuales y Reproductivos en jóvenes indígenas.

El equipo de Sakil, trabaja en particular con parteras tradicionales y profesionales, y colabora con estudiantes y docentes para promover un servicio de salud intercultural que se apega a las necesidades de las mujeres indígenas.

17. Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C.

Contacto: 967 674 5079; San Juan Chamula 108, San Martin, 29247 San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud (ACASAC) trabaja en la igualdad de derechos para las mujeres indígenas en temas de salud materna y reproductiva, y promueve el desarrollo de alternativas a los modelos de atención en salud convencionales que respondan a las necesidades de poblaciones rurales e indígenas.

Cuentan con un proyecto que consiste en armar estrategias de comunicación y difusión en cuatro estados del país con información para mujeres indígenas de zonas rurales y bajos recursos sobre su derecho a tener servicios de salud de calidad y a exigir servicios que son dignos y apropiados culturalmente. El proyecto complementa el trabajo de otras organizaciones y de la Secretaría de Salud para involucrar a mujeres y sus comunidades en crear un cambio en el paradigma de la atención a la salud que se centre en las mujeres y sus necesidades.

18. Clínica del Centro de Orientación para Adolescentes, CORA A.C.

Contacto: www.cora.org.mx; redes sociales CORA

CORA tiene la misión de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, a través de: la provisión de información, educación, servicios y materiales en salud sexual, reproductiva e integral ; dirigido a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, padres y madres de familia, profesionales e instituciones diversas ; todo ello con una alta calidad, competitividad internacional y preferentemente con tecnología propia; reforzando los factores protectores de la personalidad como la autoestima, toma de decisiones y planeación de vida entre otros.

19. Fundación Luis Pasteur

Contacto: <http://fundacionpasteur.org>; contacto@fundacionpasteur.org; redes sociales Fundación Luis Pasteur; Jaime Torres Bodet 187, Santa María la Ribera, Cuauhtémoc, Ciudad de México

Tiene la misión de prevenir el cáncer cervicouterino y mamario, mediante la educación, el diagnóstico y tratamiento oportunos de alta calidad, especialmente en mujeres de bajos recursos. Y la visión de ser una institución referente en la prevención, atención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino y mamario que incida en la reducción de la morbimortalidad especialmente en las mujeres de escasos recursos.

Sus valores consisten en:

Calidad. Tienen la prioridad de que el servicio y los procesos sean de excelencia.

Vocación de servicio. Alto sentido de colaboración dado en forma espontánea para brindar ayuda a los demás.

Calidez. Ser empático, sensible y afectuoso con las pacientes entendiendo sus circunstancias y atendíéndolos de forma comprensiva y desinteresada.

Transparencia. Como institución de asistencia privada es prioritaria la claridad y evidencia en el manejo de sus recursos económicos y materiales presentando informes exactos a quien lo solicite.

Confianza. Actuar con lealtad y compromiso hacia sus pacientes, cuidando su intimidad y entregándoles información que les genere seguridad y certeza en sus resultados y tratamientos.

Por otro lado, también existen organizaciones privadas que, a pesar de que sus principales actividades tienen fines de lucro y son actividades empresariales, cuentan con campañas o acciones que colaboran en la promoción de la salud sexual y reproductiva:

1. DKT México

Contacto: contacto@dkt.com.mx; <https://www.dkt.com.mx>; 800 286 9314; www.prudence.com.mx; redes sociales Condonos Prudence Miguel Ángel de Quevedo 696 col. Villa Coyoacán, Coyoacán, CDMX

Es una organización filial de DKT International dedicada a implementar programas de marketing social en pro de la salud sexual y reproductiva.

Su misión es promover una sexualidad libre, tan responsable como divertida y su visión consiste en innovar y romper paradigmas en la salud reproductiva.

Los valores de esta ONG son: solidaridad, responsabilidad, adaptabilidad y compromiso.

Su metodología de trabajo se basa en que el 98% de las ganancias que obtienen de la distribución de sus productos se reinvierten en programas sociales. Como resultado, se ofrecen opciones seguras y de calidad para la salud sexual de las personas en edad reproductiva.

La marca Prudence pertenece a esta ONG, la cual promueve eventos y acciones en favor de la salud sexual.

2. Bayer / ¡Cuidate Ya!

Contacto: servicio.alcliente@bayer.com; <http://www.cuidateya.mx/>; 800 229 3772; redes sociales ¡Cuidate Ya!

Bayer es una compañía de Ciencias de la Vida con más de 150 años en las áreas de salud y agricultura. Con sus productos contribuyen a encontrar soluciones a algunos de los principales desafíos actuales.

Su objetivo es crear valor para sus clientes, accionistas y empleados al mismo tiempo que fortalecen la capacidad de obtener ingresos de la compañía. Están comprometidos en operar de manera sustentable y hacer frente a sus responsabilidades sociales y éticas.

El portal *¡Cuidate ya!* es una página informativa patrocinada por Bayer que habla acerca del embarazo no planificado y la anticoncepción.

3. Siegfried / Libertad Ilimitada

Contacto: <http://www.libertadilimitada.mx/>; contacto@siegfried.com.mx; redes sociales Libertad Ilimitada

Siegfried es una compañía dedicada al cuidado y preservación de la salud que desarrolla, produce y comercializa productos buscando ofrecer un valor agregado a la comunidad a través del respeto y reconocimiento de su capital humano.

Su visión es ser la compañía farmacéutica líder altamente reconocida por su conciencia por la vida a lo largo de todas sus etapas, considerada como la primer alternativa en prescripción y venta al ofrecer productos que preserven y mejoren la salud de los mexicanos

Se rige por los siguientes valores:

Trabajo en equipo. Disposición de colaborar y cooperar, formar parte de un grupo y de trabajar juntos para un mismo fin.

Integridad. Actuar con honestidad, coherencia y lealtad, comunicar las intenciones, ideas y sentimientos abierta y directamente.

Pasión. Firmeza y constancia para alcanzar las metas, con actitud y emprendimiento.

El portal libertadilimitada.mx es una página con 10 mitos sobre sexo y placer, embarazo no planeado, infecciones de transmisión sexual y anticoncepción.

Además de las organizaciones civiles mencionadas, también tuve la oportunidad de formular las mismas preguntas a especialistas que encabezan proyectos particulares respecto a la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva:

1. Elia Lizbeth Guillermo Jiménez, psicóloga en sexualidad infantil y juvenil

Contacto: elializz.mac@gmail.com; redes sociales <https://www.facebook.com/saludyeduca>; @saludyeduca

Elia Lizbeth es psicóloga y educadora sexual infantil, es facilitadora de talleres, conferencias, y cursos sobre Educación Sexual Integral, y vicepresidente de la mesa directiva de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C (AMSSAC).

Desde la carrera se interesó en el tema de la sexualidad en el desarrollo de la infancia y al visualizar la necesidad de educar en sexualidad, supo que había una gran oportunidad de aportar lo que estudió.

Actualmente imparte talleres, conferencias, pláticas de salud reproductiva para padres e hijos con el objetivo de prevenir los embarazos inesperados, las infecciones de transmisión sexual, la violencia y discriminación de género, prevención de pornografía, uso de videojuegos violentos y peligros en las redes sociales a través de favorecer el ejercicio autónomo y responsable de la sexualidad y la equidad de género. También capacita a docentes sobre temas de prevención de abuso infantil.

Menciona que cuando alguna entidad gubernamental que conoce a AMSSAC les pide colaborar, a veces surgen oportunidades para colaborar de manera personal, pero no cuenta con ningún convenio para colaborar con el gobierno federal ni local.

Para la Psicóloga Elia Lizbeth, la educación sexual integral consiste en brindar de herramientas, habilidades y actitudes a niños, niñas y adolescentes en el tema de la

sexualidad, con lo que lograran establecer relaciones saludables y respetuosas incluyendo el cuidado y respeto del cuerpo, cuidado y respeto por la salud.

Hace referencia a la definición de la UNESCO que establece que

“La educación integral en sexualidad (EIS) es un proceso que se basa en un currículo para enseñar y aprender acerca de los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es preparar a los niños, niñas y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para: realizar su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y entender cuáles son sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos.”³⁸⁰

Por último, considera que el principal reto para México es “que mamás y papás en conjunto con la sociedad y las autoridades dejen que las y los especialistas podamos seguir impartiendo Educación Sexual desde la infancia, y que se respeten los derechos sexuales como parte de los derechos humanos. Al dejar entrar la educación sexual podemos lograr evitar el abuso sexual infantil que, dicho sea de paso, somos el 1er lugar de acuerdo con los países de la OCDE.”

2. Vicenta Hernández Haddad, psicóloga y educadora en sexualidad

Contacto: vicentahernandezhaddad@gmail.com; redes sociales Vicenta Hernández Haddad; <http://www.tallerdesexualidad.com/secciones/libros2016.html>

Vicenta Hernández es psicóloga clínica, educadora en temas de sexualidad y duelo.

Desde 1989 empezó a dar talleres de educación sexual, primero con los grados de primaria, secundaria, preparatoria y adultos. Dos años después abrió el primer taller de preescolar convencida de que estaba llegando demasiado tarde a la educación sexual de los niños y las niñas.

Tiene más de 25 años que está convencida de hablar de relaciones sexuales para que los niños y las niñas sepan cómo es que se da un embarazo en la mayoría de las relaciones de pareja y como prevención de abuso sexual para que puedan diferenciar lo que es una relación de pareja de lo que es un abuso sexual.

Desde que tenía 18 o 20 años de edad notó la doble moral que se ha enseñado en nuestro país por años.

Vicenta Hernández ofrece materiales, pláticas y conferencias con la misión de ofrecer las herramientas de educación sexual que faciliten la construcción de una sexualidad integral libre de violencia para evitar el abuso sexual; contribuyendo así a que México tenga hombres y mujeres responsables de su sexualidad. Y con la visión de incidir en la formación de seres humanos con su sexualidad integrada de manera responsable y congruente, basada en los derechos humanos, el respeto a sus valores

³⁸⁰ ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia, 2018, disponible en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/technical-guidance-sexuality-education/es/> última revisión el 27 de mayo de 2022

propios, tolerantes ante la diversidad y compartiendo una educación sexual actualizada libre de violencia y abusos.

Se dirige de manera inicial a mamás y papás porque son la vía en que puede ser contratada para dar talleres, conferencias o consultas a menores de edad. También la contratan algunas escuelas cubriendo desde preescolar hasta preparatoria.

Obtiene los recursos a través de su trabajo como persona física con actividad empresarial como conferencista, tallerista y psicóloga clínica y no recibe donativos de ningún tipo.

No cuenta con ningún convenio de colaboración, aunque esporádicamente la han contratado organizaciones, oficinas o instituciones de gobierno y menciona que en muchas ocasiones es sin pago y en otras ocasiones si recibe un pago.

Para Vicenta Hernández, la educación sexual integral es aquella que es oportuna, científica y actualizada. Entendiendo por oportuna que llegue varios años antes de que empiece el desarrollo de la pubertad, es decir, en preescolar ella habla del autocuidado y muchas mamás, papás y escuelas refieren que están muy chiquitos para entender; sin embargo, en su experiencia, ha tenido casos que una niña de 2 años y otra de casi 3, tuvieron la capacidad de decir, describir y explicar a través de muñecos sexuados cómo fue el abuso sexual al que fueron sometidas. La primera fue capaz de describir cómo era el sexo oral que le hacía su tío y en el segundo caso describió como el papá le ponía a que le ayudara a que “hiciera pipí” y la ponía a que lo masturbara.

La Dra. Vicenta asegura que las niñas y los niños desde los primeros dos años tienen capacidad de entender muchísimos de los temas de sexualidad, sobre todo a lo que se refiere al autocuidado, a decir no, a marcar sus límites, a tener higiene y a saber el nombre correcto de los genitales.

Además, menciona que los niños y las niñas tienen derecho a recibir una educación sexual integral, y el no darles una educación sexual es faltar a sus derechos, desde hace muchos años ha afirmado que uno de los primeros abusos sexuales es la falta de educación sexual y cree que así como se juzga a los agresores sexuales, en algún momento de la vida se tendrá que debatir sobre aquellas familias que se oponen a la educación sexual y que están favoreciendo que niñas y niños sean vulnerables. Incluso considera que detrás de algunas de las personas que están oposición de la educación sexual hacia los niños y niñas, adolescentes, se esconden varias que son pederastas y lo que menos les conviene es ver niñas y niños y adolescentes empoderados y con educación sexual suficiente que les permita discriminar situaciones de riesgo y que tengan la capacidad de decir no; parte de la educación sexual es ayudarlos a que sepan que también pueden dar solución a algunos riesgos que están corriendo otros.

Por último, en su opinión, el principal reto consiste en dejar de tenerle miedo a la educación sexual, dejar que el gobierno asuma científicamente, con especialistas y que dejen de hacerle caso a las personas que solo quieren obstaculizar la educación sexual

sin tener bases científicas y le hagan caso a los verdaderos especialistas que existen en el país y que se documenten con otros países como Chile. También cree que hace falta desgenitalizar la sexualidad y que se debería enfocar al derecho al placer que como seres humanos tenemos.

A la par de las organizaciones ya mencionadas, existen agrupaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, las cuales son:

1. FEMECOG Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C

Contacto: <http://femecog.org.mx/>; direccionmedica@femecog.org.mx; buzon@femecog.org.mx

Tiene la misión de integrar a las agrupaciones de médicos Gineco-Obstetras en una única federación incluyente, con representatividad nacional e internacional, que propicie la salud de la mujer a través de la educación, el fomento de la investigación y la vigilancia del ejercicio profesional. Y la visión de ser una institución líder, innovadora y ética a nivel nacional e internacional, que promueva la excelencia a través de los estándares más altos del ejercicio profesional contribuyendo a la salud femenina en base a la educación de calidad y del fomento de la investigación, constituyendo un soporte organizacional que favorezca la integración, el crecimiento y desarrollo de todos los Gineco-Obstetras del país.

La FEMECOG se rige por los siguientes valores: Unión, Transparencia, Representatividad, Profesionalismo, Excelencia en el servicio, Calidad, Trabajo colaborativo y Liderazgo.

2. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia A.C

Contacto: www.comego.org.mx; direccion@comego.org.mx; redes sociales @COMEGOAC; COMEGO A.C.

Tiene la misión de brindar educación médica continua y representar a los especialistas en Ginecología y Obstetricia ante la comunidad y las autoridades, para fortalecer el ejercicio profesional. Con la visión de ser el Colegio de Ginecología y Obstetricia líder en educación médica de vanguardia, referente nacional e internacional, con impacto en la seguridad y calidad de la atención en la salud de la mujer, y ser una agrupación con calidad y calidez humana para médicos y pacientes.

Sus valores son: la verdad, el valor, el respeto a la vida, la responsabilidad, el humanismo, la solidaridad y la equidad, sin descuidar la excelencia académica.

3. Asociación Nacional de Enfermeras Obstétricas y Perinatales

La Asociación Nacional de Enfermeras Obstétricas y Perinatales se fundó en 2005 para promover la partería profesional en México a través de la educación, la investigación, la excelencia clínica y la expansión de las oportunidades laborales con fundamento en normas que establecen a la partería como el estándar de atención para las mujeres y los recién nacidos.

La Asociación busca involucrar a profesionales de la salud con formación vocacional, de licenciatura y de maestría en la promoción de la partería a través del diseño y la implementación de un proceso de certificación en partería en colaboración con la Secretaría de Salud.

Cabe resaltar de manera especial y en una categoría aparte, al Programa de prevención de embarazo en adolescentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (PPEA) como un esfuerzo de la comunidad académica en favor de la salud sexual y reproductiva.

Programa de prevención de embarazo en adolescentes de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (PPEA)

Contacto: sincondonyono@gmail.com; ppea@unam.mx;
www.di.facmed.unam.mx/paginas/programas/ppea.php;
<http://di.facmed.unam.mx/paginas/programas/ppea.php>; 56232300 Ext 45031; redes sociales Programa de Prevención de Embarazo en Adolescentes UNAM; @SinCondonYoNo

El objetivo general del Programa es implementar una intervención educativa para disminuir la prevalencia de embarazos en estudiantes adolescentes de educación superior y medio superior a través de aumentar el conocimiento en temas de salud sexual y reproductivas.

La función principal del PPEA es conocer los factores que influyen en las y los adolescentes ante la problemática del embarazo adolescente, para ello, se realizan líneas de investigación que permiten conocer más a la población objetivo y crear estrategias pertinentes para su atención.

Por un lado, parte de las actividades del PPEA consiste en impartir capacitaciones en temas de Salud Sexual y Reproductiva a los estudiantes de primer año de medicina (que aún se consideran adolescentes) y que se complementan con materias del plan curricular. El Programa cuenta con médicos pasantes en servicio social que reciben capacitación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para formarse como “Capacitadores”, con la finalidad de sistematizar el conocimiento en la materia y brindar una orientación adecuada.

Y por otro lado, el PPEA ha participado en diversos eventos intra y extra muros, como ferias de la salud, capacitaciones, muestras educativas, foros, paneles y ponencias. Colabora en la orientación y consejería grupal e individual; brindando información veraz, científica y actualizada en temas sobre salud sexual y reproductiva, atendiendo a grupos de acuerdo a las necesidades de cada población.

La población objetivo del Programa son principalmente adolescentes (10 a 19 años, de acuerdo con la definición de la OMS) pero tiene mayor experiencia en adolescentes de 14 a 19 años, colaborando con instituciones educativas de educación media superior.

La razón que motivó la creación del programa fue que en 2014 el embarazo en adolescentes presentó un crecimiento importante, exponiendo una problemática de salud. La rectoría de la UNAM, a través de la Facultad de Medicina, tomó la iniciativa de actuar e implementar un programa que promoviera la salud sexual y reproductiva con la finalidad de brindar atención a la comunidad universitaria. El PPEA quedó adscrito a la División de Investigación de la Facultad de Medicina pues a la par que se ofrece el servicio de capacitación y orientación en la materia, se privilegia el desarrollo de líneas de investigación para contribuir a identificar factores personales, sociales o familiares que estén influyendo para generar conductas sexuales de riesgo y así diseñar otras intervenciones específicas.

Su principal financiamiento se obtiene de recursos propios de la División de Investigación por asignación presupuestal de los investigadores adscritos al programa y de los otorgados por algunos programas internos de investigación, como el Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación. El material didáctico, folletería y métodos anticonceptivos se obtiene de la gestión y colaboraciones con diversas instituciones de salud, principalmente del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y sida y algunas asociaciones civiles.

Actualmente el PPEA pertenece al Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, lo cual, ha permitido crear diversos enlaces con instituciones gubernamentales: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Instituto Nacional de las Mujeres, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y los Servicios de Salud de la Ciudad de México, y asociaciones como Mexfam y México Vivo, esto ha logrado generar colaboraciones estrechas, lo que beneficia en diversos escenarios a los adolescentes.

Desde la perspectiva del Programa, respecto la adecuada educación sexual consideran que lo “adecuado” es relativo, pues consideran que no hay una receta que se pueda seguir y funcione para todos las y los adolescentes, cada uno de ellos es único y tienen contextos sociales diversos.

Opinan que sería idóneo que se ofrezca una educación sexual integral a todos los individuos desde edades tempranas, comenzando en el hogar con sus padres o tutores (porque como sociedad todos deberíamos asumir una responsabilidad con las y los adolescentes) y reforzando algunas temáticas a partir de la educación básica en las escuelas y centros educativos; con el acompañamiento de docentes capacitados, involucrando a los educadores en sexualidad para abordar las temáticas de la forma más adecuada, responsable, sin prejuicios y acorde con la edad de los niños, niñas y adolescentes.

En este sentido, la experiencia que han tenido en el PPEA trabajando con adolescentes de menor edad, fomentan una educación sexual integral promoviendo la equidad en materia de género; abordan los temas no sólo en cuestión de conceptos

básicos, como el que empiecen a conocer su propio cuerpo y a que respeten el de los demás, sino que también buscan atender las necesidades específicas de cada persona; desmitificar o disminuir mitos y estereotipos relacionados con la sexualidad promoviendo sus derechos sexuales y reproductivos.

Por último, consideran que una barrera muy grande en nuestro país es la desigualdad social, las diversas realidades que enfrentan los adolescentes como la pobreza, la falta de acceso a la educación y acceso a servicios de salud hace vulnerable a este grupo etario. Aparte, existen las desigualdades de género, las cuales asignan diversas funciones hacia lo que es socialmente correcto de acuerdo a su sexo genérico, haciendo que estos patrones, en muchos casos, se transmitan de generación en generación.

Concluyen que es esencial romper estas brechas generacionales, así como garantizar a la población el acceso a servicios de salud y métodos anticonceptivos al igual que recibir educación sobre salud sexual y reproductiva desde temprana edad.

Cabe mencionar que, en atención a los servicios de salud reproductiva, en la Ciudad de México existen las siguientes clínicas de interrupción legal del embarazo:

1. Centro Médico Mujer

Contacto: <https://www.centromedicomujer.mx/>; Av. Baja California 111B, colonia Roma, Cuauhtémoc.

Es una clínica privada sin ánimos de lucro, con servicios médicos especializados sobre salud sexual y salud reproductiva y cuenta con un blog con información.

2. Promedicamujer

Contacto: <https://www.promedicamujer.mx/>; info@promedicamujer.mx; 53351867; 01 (800) 849 5214.

Brindan atención sobre la Interrupción Legal del Embarazo hasta la semana 12 y cuentan con un blog con información sobre métodos anticonceptivos.

3. Fundación ILE

Contacto: fundacionabortomexico.mktg@gmail.com

Son una organización no gubernamental creada por mujeres, que apoyan y ejercen el derecho a vivir una sexualidad de forma libre, informada y responsable. Tienen más de 10 años de experiencia en la interrupción Legal del Embarazo, y más de 30 en Salud Sexual y Reproductiva.

Forma parte de diversas redes nacionales e internacionales que trabajan a favor de los derechos de la mujer y cuentan con un blog con información sobre métodos anticonceptivos.

4. Gineser

Contacto: <https://www.gineser.mx/nosotros>

Es una clínica dedicada al cuidado de la salud de las mujeres, sus esfuerzos están empeñados en cuidar tu salud y generar una grata experiencia.

La conforman un equipo de médicos especialistas con la misión de ofrecer servicios de salud de alta calidad, con un trato cálido y humano. Su página cuenta con información sobre métodos anticonceptivos y preguntas frecuentes.

5. Fundación Naiset

Contacto: fundacion.mktg@gmail.com; (01-55) 5336 0520; calle Aguascalientes 6 Col. Roma Sur, Cuauhtémoc

Son una fundación no gubernamental mexicana, creada por y para las mujeres, con la misión de proporcionar servicios de calidad que procuren el bienestar del cuerpo y la sexualidad.

Tienen más de 10 años de experiencia trabajando en la defensa del derecho a decidir, promoviendo la Interrupción Legal del Embarazo con los más altos estándares de cuidado, calidad y calidez.

6. Apprile

Contacto: <https://apprileclinica.com/#home>; contacto@apprileclinica.com; (55)55384681; (55)80184273; calle Xochicalco No. 65 Colonia Narvarte, Benito Juárez.

Surgió como una organización socialmente responsable que propone un modelo integral de atención a la salud sexual en respuesta al incremento de Infecciones de transmisión sexual y el número de embarazos no planeados a nivel nacional.

Su servicio está encaminado a rescatar el sentido profesional, humano y sensible a las necesidades de sus pacientes en un entorno cálido, respetuoso y libre de juicios.

También difunden contenidos confiables, útiles, interesantes y accesibles, respecto a los principales problemas de salud sexual, organizando talleres, cursos, exposiciones, textos, entre otros.

7. Medieg

Contacto: <http://www.medieg.org.mx/blog.html>; 55302098, 65523027, 5521343770, 5585321662; Gabriel Mancera 803, colonia Del Valle Centro, Benito Juárez.

8. Acercatefem Norte

Contacto: 5555679945, 5521961508, Poniente 110 #306 Defensores de la República, Gustavo A. Madero

Por último, existen esfuerzos para habilitar las siguientes líneas telefónicas para la atención de dudas o inquietudes respecto a los derechos sexuales y reproductivos.

Línea de ayuda Orienta Sex - 800 007 72 00

Brinda información, orientación y consejería gratuita y confidencial para adolescentes, jóvenes y padres de familia respecto a cualquier temática relacionada con la salud sexual, salud reproductiva y violencia basada en género. Esta línea es un esfuerzo de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar.

Línea Yo Decido - 800 624 64 64

Su objetivo principal es informar y orientar sobre los derechos sexuales y reproductivos para la prevención del embarazo adolescente, brindan información en

relación a la anatomía y reproducción humana, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, interrupción legal del embarazo, planificación familiar, entre otros, de acuerdo a la llamada realizada, mencionaron que próximamente podrán atender situaciones de violencia principalmente dedicada a adultos mayores, infantes y mujeres. Esta línea es implementada en colaboración con el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Consejo Nacional de Población y en el marco del ENAPEA.

CAPÍTULO III. PROBLEMÁTICA DE LA PROTECCIÓN PARCIAL DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En este apartado se estudiará la problemática que se vive en el país y las consecuencias de garantizar parcialmente el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Se expondrán datos estadísticos y cuantitativos de los problemas.

Se desarrollará el estudio relativo a las consecuencias para el Estado y para las personas en particular, desde un enfoque psicológico y sociológico.

3.1 PROBLEMÁTICA

La protección parcial de los derechos sexuales y reproductivos tiene repercusiones en diferentes ámbitos, estos derechos son fundamentales para la salud integral de las personas inciden en el bienestar individual, en el desarrollo social y económico de las comunidades y de las naciones.

En primer lugar incide directamente en el desarrollo personal de cada individuo, en este sentido, se ha reconocido la relación entre la salud reproductiva, los derechos humanos y el desarrollo debido a que, cuando no se satisfacen las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, se priva a las personas del derecho a elegir opciones cruciales sobre su propio cuerpo y su futuro, lo que produce un efecto dominó en el bienestar de sus familias y de las futuras generaciones.³⁸¹

En segundo lugar, concierne a ámbitos relacionados con el quehacer público, tales como salud pública y atención a la violencia. También aspectos como la morbilidad y mortalidad relacionada con la falta de acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud sexual y reproductiva son de suma relevancia en términos epidemiológicos, demográficos, de salud pública y de desarrollo social.³⁸²

De esta manera, y teniendo como premisa que la salud de las personas implica determinantes, genéticos, biológicos, conductuales, sociales y económicos, “la salud sexual y reproductiva comprende aspectos micro, meso y macro sociales, que abarcan desde lo más íntimo y singular de las personas, incidiendo en los procesos de toma de decisión, las condiciones materiales de vida, los recursos sociales y económicos, hasta las condiciones definidas por el marco estructural.”³⁸³

La salud y la enfermedad sexual involucran la visualización, prevención y atención de infecciones de transmisión sexual, estados intersexuales, disfunciones eróticas, parafilias y cuestiones vinculadas al género.³⁸⁴

Por otro lado, las alteraciones de la reproducción o la ausencia de salud reproductiva, se refieren a los padecimientos que afectan aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos en el área física, mental y social. En el

³⁸¹ ÁVILA-BURGOS, op. cit. p. 13

³⁸² Cf. GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico Salud Sexual ... cit. p.14

³⁸³ *ibidem* p. 19

³⁸⁴ Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit. p. 83

área física se incluyen problemas como infertilidad, esterilidad, cáncer cérvico uterino, mamario, testicular, prostático, o cualquier tipo de padecimiento de los órganos reproductores o de otros órganos, que afectan las funciones y procesos del sistema reproductivo; y el área psicosocial implica cómo se aprende a ser madre y a ser padre, de conformidad con los dictados culturales del entorno,³⁸⁵ así como la visión de cómo se debe ser hombre o mujer.

En razón de los múltiples aspectos involucrados con los derechos sexuales y reproductivos, se deben analizar las problemáticas relacionadas. Para ello, hago la división en las dos esferas en que se desarrollan las consecuencias de la protección parcial de estos derechos: la esfera pública y la privada.

3.2 CONSECUENCIAS PARA EL ESTADO

SALUD POBLACIONAL

Los sistemas de salud en el mundo surgieron en la sociedad como la respuesta para atender las necesidades de salud de la población para la sobrevivencia de la misma sociedad. Estos sistemas han evolucionado a través del tiempo y se han adaptado a los cambios demográficos, epidemiológicos, políticos, sociales y económicos que los países han enfrentado,³⁸⁶ en este sentido, el sistema de salud en nuestro país debe tener la capacidad de adaptarse a las necesidades de la población, de la mano con el avance en reconocimiento de los derechos humanos y su protección.

En el texto “La calidad como eje transversal de los sistemas de salud” se menciona que uno de los determinantes sociales de la salud son los mismos sistemas de salud y que por lo tanto “además de promover un derecho y financiamiento más equitativos que se deriven eventualmente en un acceso más balanceado a los servicios de salud, es importante conseguir también que los servicios provistos sean de una calidad comparable”³⁸⁷. En el caso específico de la salud sexual y reproductiva, los servicios de calidad responderían a una visión integral y completa de la sexualidad y la reproducción, pues hablar de una protección parcial no coincide con la definición de los servicios de calidad.

La falta de atención a la salud sexual y reproductiva tiene serias consecuencias en diferentes ámbitos y en diferentes grupos de edad, por lo cual, para fines metodológicos de esta investigación diferencié estas categorías. Sin embargo, cabe resaltar que las categorías se pueden entrelazar debido a la estrecha relación entre los temas de salud reproductiva.

³⁸⁵ Cfr. MARTÍNEZ Roaro Marcela, op. cit p. 102

³⁸⁶ Cfr. GARCÍA, Álvarez, et. al., La calidad como eje transversal de los sistemas de salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones, México, Segunda edición, Secretaría de Salud, 2015, disponible en http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad_atencion_salud_enMexico_segunda_edicion.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 209

³⁸⁷ *ibidem* p. 213

Como fuente de algunos datos estadísticos, tomé como referencia las cuentas en salud reproductiva y equidad de género 2015, en cuya metodología se incluyen los años de vida saludable perdidos (AVISA) para cuantificar la carga de la enfermedad en los temas de muerte materna, cáncer de mama, cervicouterino y próstata, y violencia interpersonal en mujeres.

A. MORTALIDAD MATERNA

La Organización Mundial de la Salud define que la muerte materna es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo.³⁸⁸ Es resultado de múltiples variables, tales como: factores médicos, sociales y organizacionales que se observan en cada caso y se articulan en una base de desigualdad social; se considera que la gran mayoría de estas muertes son evitables si se cuenta con servicios de calidad y profesionales suficientes con competencias en salud sexual y reproductiva.³⁸⁹

Las muertes maternas se dividen en dos, directas e indirectas, el 77% de las muertes maternas son directas, las cuales tienen como causas principales la enfermedad hipertensiva del embarazo y la hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio; las muertes maternas indirectas constituyen el 23% causadas por enfermedades preexistentes que se complicaron con el embarazo, este tipo de muertes aumentaron 11% en el periodo de 2002 a 2018.³⁹⁰

En 2015 los AVISA por este tema fueron de 109 por 100,000 mujeres, el mayor número de AVISA entre 1990 y 2015 se presentó en mujeres en edades de 20-24 años, seguido por las mujeres entre 25-29 y 30-34 años.³⁹¹

Lo preocupante de este tema es que la mayoría de las muertes maternas son evitables, es por ello que todas las mujeres requieren acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas después el parto.

La salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas, por lo que la falta de atención durante y después del embarazo repercute en la salud del feto y/o de los recién nacidos.

B. MORTALIDAD INFANTIL

La tasa de mortalidad infantil se define como el cociente entre el número de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1,000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria

³⁸⁸ Cfr. GRUPO colegiado del Foro Iberoamericano de discusiones sobre la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS, Defunción materna, disponible en <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/887-foro-becker-definicion-de-defuncion-materna> última revisión el 27 de mayo de 2022

³⁸⁹ Cfr. GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico Salud Sexual... cit. p.30

³⁹⁰ *ibidem* p. 32

³⁹¹ Cfr. ÁVILA-BURGOS, op. cit. p. 21

nacional.³⁹² En el caso mexicano, la tasa de mortalidad infantil en 2015 fue de 11.3 muertes por cada mil nacidos vivos.³⁹³

En 2020 se estimó que cada año ocurren alrededor de 2.6 millones de muertes prenatales y 2.7 millones de muertes neonatales; estos fallecimientos impactan a corto, mediano y largo plazo en la vida de los padres, las familias, sus comunidades y en los profesionales de salud.³⁹⁴ La diferencia entre muertes prenatales y neonatales consiste en que la primera se refiere a la pérdida del producto de la concepción antes del parto y las muertes neonatales se refieren a los nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad.

De acuerdo con evidencia internacional, 75% de las muertes neonatales se pueden prevenir, por lo que el crecimiento de la tasa de mortalidad infantil es un indicador de los desafíos para mejorar la atención pregestacional, gestacional y la supervivencia infantil.³⁹⁵

C. MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células de la mama, las células crecen de manera desordenada e independiente, y tienden a invadir los tejidos que lo rodean, así como órganos distantes.³⁹⁶

En México, para 2015, la tasa de mortalidad se incrementó 72% respecto a 1990, pasando de 6.3 a 10.8 muertes por 100,000 mujeres. El grupo que presentó el mayor incremento en la tasa de mortalidad fue el de 15 a 49 años, con un incremento de 28% en 2015 en relación con 1990.³⁹⁷

Respecto a los AVISA, en 2015 se reportó un incremento de 66% en comparación con 1990 pasando de 203 a 335 por 100,000 mujeres. El mayor número de AVISA entre 1990 y 2000 se concentró en las mujeres de 40 a 49 años, pero después del año 2000, el grupo con mayor AVISA fue el de 45 a 54 años de edad. Cabe resaltar el incremento en el número de AVISA entre 1990 a 2015 que fue mayor a 100% en los grupos de 40 años y más.³⁹⁸

Algunos factores de riesgo del cáncer de mama que menciona el IMSS son: Antecedentes de un familiar con cáncer de mama, tener 40 años o más, tener la primera menstruación antes de los 12 años, usar anticonceptivos hormonales por más de 5 años, tener el primer hijo después de los 30 años, no haber tenido hijos, tener la última menstruación después de los 52 años, tomar hormonas para la menopausia y

³⁹² ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud, Glosario de Indicadores Básicos, disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/glosario-spa-2014.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

³⁹³ Cfr. ÁVILA-BURGOS, op. cit. p.18

³⁹⁴ Cfr. GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico Salud Sexual... cit. p. 38

³⁹⁵ *ibidem* p. 39

³⁹⁶ Cfr. INSTITUTO Mexicano del Seguro Social, Cáncer de mama, disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama> última revisión el 27 de mayo de 2022

³⁹⁷ Cfr. ÁVILA-BURGOS, op. cit. p. 23

³⁹⁸ *idem*

obesidad.³⁹⁹ Sin embargo, los conocimientos actuales sobre las causas del cáncer de mama son insuficientes, es por ello que la detección temprana por medio de la autoexploración y la mastografía es el aspecto más importante de la lucha contra esta enfermedad: cuando el cáncer de mama se detecta en una etapa temprana, las posibilidades de curación son elevadas, por el contrario, si se detecta tardíamente es raro que se pueda ofrecer un tratamiento curativo.

D. MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICOUTERINO

El cáncer cervicouterino, también conocido como cáncer de cuello de la matriz, es un tumor maligno que inicia en el cuello de la matriz, se refiere al crecimiento anormal de las células que se encuentran en esta zona, al inicio las lesiones son imperceptibles a simple vista y duran así varios años, pero en etapa avanzada se puede ver y causar molestias como sangrado anormal después de la relación sexual, entre los periodos menstruales o después de la menopausia, aumento del flujo de sangrado vía genital con mal olor, dolor de cadera y pérdida de peso.⁴⁰⁰

La importancia que tiene el Cáncer Cervicouterino para la salud pública radica en su prevención y control, ya que esta enfermedad se relaciona con la presencia del virus del papiloma humano.

En México, esta tasa de mortalidad en 2015 fue de 8.4 muertes por 100,000 mujeres. Y el número de AVISA fue de 243 por 100,000 mujeres.⁴⁰¹

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social, las mujeres más propensas a tener este tipo de cáncer son aquellas que: iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 18 años, han tenido más de 3 compañeros sexuales, han tenido más de 3 partos, fuman, tienen problemas de desnutrición, tienen infección por el virus del papiloma humano en el cuello de la matriz.⁴⁰² Estos factores de riesgo se encuentran estrechamente relacionados con la conducta sexual, por lo que una educación sexual integral podría contribuir a la reducción de casos de cáncer cervicouterino.

E. MORTALIDAD POR CÁNCER DE PRÓSTATA

El cáncer de próstata es un tumor maligno que empieza a crecer en la glándula prostática y que en sus etapas iniciales no presenta síntomas específicos. Cuyos factores de riesgo consisten en antecedentes de cáncer de próstata en familiares cercanos, tener 50 años o más o ser afrodescendiente.⁴⁰³

A nivel mundial, el cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos y es el segundo más común entre hombres.

En México, la tasa de mortalidad por esta enfermedad reportó un crecimiento de 91% en 2015 respecto a 1990, ya que pasó de 6.4 muertes por 100,000 hombres a 12.2.

³⁹⁹ Cfr. INSTITUTO Mexicano del Seguro Social, Cáncer de mama op. cit.

⁴⁰⁰ Cfr. INSTITUTO Mexicano del Seguro Social, Cáncer cervicouterino, disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-cervico-uterino> última revisión el 27 de mayo de 2022

⁴⁰¹ Cfr. ÁVILA-BURGOS, op. cit. p. 27

⁴⁰² Cfr. INSTITUTO Mexicano del Seguro Social, Cáncer cervicouterino op. cit.

⁴⁰³ Cfr. INSTITUTO Mexicano del Seguro Social, Cáncer de próstata, disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-prostata> última revisión el 27 de mayo de 2022

En 2015, fallecieron 7,719 hombres en México por cáncer de próstata y en todos los grupos de edad hubo un incremento en el número de muertes; el grupo de edad con mayor número de muertes en 2015 fue el de mayores de 69 años.⁴⁰⁴ Por otro lado, se observó un crecimiento sustancial de 84% en los AVISA en 2015 respecto de 1990, ya que pasó de 100 AVISA a 184 por 100,000 hombres.⁴⁰⁵

F. MORTALIDAD EN MUJERES POR VIOLENCIA INTERPERSONAL

Cualquier forma de violencia es capaz de afectar de manera negativa la salud física, mental, sexual y/o reproductiva de las mujeres, la violencia interpersonal contra la mujer (VIM), en especial la ejercida por la pareja y la violencia sexual, se considera un grave problema de salud pública.⁴⁰⁶ Las afectaciones a las mujeres por cuestiones de violencia pueden llegar al término de su vida.

Los homicidios de mujeres asesinadas por razones de género se denominan feminicidios, femicidios u homicidios agravados por razones de género.

El Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe solicita anualmente el número absoluto de muertes de mujeres debido a la violencia de género; esa información se obtiene de instituciones del poder judicial, la policía nacional u otros organismos competentes del país. En el caso de México, las cifras fueron presentadas por el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP), el cual reportó 983 feminicidios en 2019.

La información que presenta el SESNSP proviene de dos fuentes de información disponibles por el Centro Nacional de Información (CNI):

1. Información de incidencia delictiva, que incluye feminicidio y víctimas mujeres de otros delitos, con base en las carpetas de investigación iniciadas ante el Ministerio Público en las 32 entidades federativas.

2. Estadísticas de llamadas de emergencia al número único 9-1-1 relacionadas con incidentes de violencia contra las mujeres y que son registradas por los Centros de Atención de Llamadas de Emergencia en las entidades federativas.⁴⁰⁷

Para la interpretación del Informe del SESNSP es importante considerar que la contabilidad estadística del feminicidio se realiza de acuerdo con su tipificación en los códigos penales de las entidades federativas que hasta diciembre de 2017 se completó la homologación del tipo penal.

El informe reporta que en 2020 se presentaron 946 presuntos delitos de feminicidio y en 2021 (con corte el julio) se presentaron 564 casos.⁴⁰⁸

⁴⁰⁴ Cfr. ÁVILA-BURGOS, op. cit. p. 30

⁴⁰⁵ *idem*

⁴⁰⁶ *ibidem* p. 32

⁴⁰⁷ SECRETARIADO Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, Información sobre violencia contra las mujeres. Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1. Información con corte al 31 de julio de 2021, disponible en <https://www.gob.mx/sesnsp/articulos/informacion-sobre-violencia-contra-las-mujeres-incidencia-delictiva-y-llamadas-de-emergencia-9-1-1-febrero-2019> última revisión el 27 de mayo de 2022

⁴⁰⁸ SECRETARIADO Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, op. cit.

Por su parte, en las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género se estima que el número de muertes relacionadas con violencia interpersonal contra la mujer se incrementó 41% durante el periodo 1990 a 2015, pasando de 1,921 muertes a 2,703. En las mujeres mayores de 69 años este incremento fue más del doble, ya que pasó de 168 a 343 muertes.⁴⁰⁹

Respecto al número de AVISA a partir de 2005 creció 20%; en el grupo de mujeres mayores de 14 años hubo un incremento de 59%, siendo el grupo de 40-44 años donde se reportó el mayor incremento: 99%, seguido del grupo entre 50-54 años de edad y mayores de 69 años (con incrementos del 94 y 87%, respectivamente).⁴¹⁰

G. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Existen más de 30 bacterias, virus y parásitos que se transmiten por contacto sexual ya sea por contacto vaginal, anal u oral (aunque algunas infecciones pueden transmitirse a través de la sangre o durante el embarazo o el parto); los patógenos con mayor incidencia son ocho, de los cuales cuatro son curables: sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Por otro lado, la hepatitis B, el herpes (VHS), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus del papiloma humano (VPH) son incurables pero sus síntomas pueden reducirse o modificarse con tratamiento.

Las afectaciones que pueden provocar las infecciones de transmisión sexual en la salud y la vida de niños, adolescentes y adultos son las siguientes:

1. Muertes fetales y neonatales: la sífilis en el embarazo provoca más de 300,000 muertes fetales y neonatales por año y expone a otros 215,000 niños a un mayor riesgo de muerte prematura;

2. Cáncer cérvico uterino: la infección por el virus del papiloma humano es responsable de aproximadamente 530,000 casos de cáncer cérvico uterino y de 264,000 muertes por dicha enfermedad cada año;

3. Infertilidad: la gonorrea y la clamidiasis son importantes causas de infertilidad;

4. Riesgo de VIH: la presencia de una ITS, como la sífilis, la gonorrea o la infección por el virus del herpes simple, aumenta considerablemente (de dos a tres veces en algunas poblaciones) el riesgo de contraer o transmitir la infección por VIH.⁴¹¹

A nivel mundial, los esfuerzos para detener la propagación de estas enfermedades se guían por la Estrategia Mundial de la Salud del Sector de Salud de las ITS, 2016-2021, que proporciona objetivos, metas y acciones prioritarias; y a nivel regional, existe el Plan de Acción para la Prevención y el Control del VIH y de las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021.

En México, durante el periodo entre 2003 y 2018, las tasas de infecciones de transmisión sexual fueron las siguientes:

⁴⁰⁹ Cfr. ÁVILA-BURGOS, op. cit. p. 34

⁴¹⁰ *idem*

⁴¹¹ ORGANIZACIÓN mundial de la Salud, Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016–2021, disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?sequence=1> última revisión el 27 de mayo de 2022 p.13

La tasa de incidencia anual de la sífilis adquirida se incrementó 124%, al pasar de 2.1 casos por cada 100 mil habitantes en 2003, a 4.7 en el 2018.

La infección gonocócica genitourinaria creció de 1.6 a 3.4 casos por 100 mil habitantes, lo que representa un incremento del 113%.

Las infecciones por Virus de Papiloma Humano (VPH) iniciaron con una tasa de 18.1 casos por cada 100 mil habitantes y se incrementó en 2018 a 18.5 casos.⁴¹²

Respecto al Virus de Inmunodeficiencia Humana existen planes y acciones específicas para detener su propagación debido a su fácil propagación y las consecuencias que conlleva.

El VIH ataca el sistema inmunológico ya que destruye las células inmunitarias y con ello debilita las defensas contra muchas enfermedades y determinados tipos de cáncer, la persona cae en una situación de inmunodeficiencia lo que aumenta el riesgo a contraer enfermedades que un sistema inmunitario normal podría contrarrestar.

La fase más avanzada de la infección por VIH se denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en donde es probable la presencia de cáncer, infecciones y otras manifestaciones clínicas de gravedad.

Las personas infectadas deben recibir tratamiento antirretrovírico el cual mejora la salud de las personas y previene la transmisión del virus al suprimir la carga vírica.

De acuerdo con el programa sectorial de salud 2020-2024, en México tres de cada diez personas con VIH desconocen su estado serológico, lo que dificulta el acceso oportuno a la atención integral y el tratamiento, así como el control de la infección a nivel poblacional. De igual manera, el acceso a los servicios especializados para la detección y la atención del VIH y el Virus de Hepatitis C (VHC) se ve limitado por diversos factores, entre los que destacan, el estigma y discriminación relacionado a las personas con estos padecimientos. En 2018, 36.4% de las personas llegaron tardíamente a tratamiento antirretroviral en el país.⁴¹³

Se dice que México tiene una epidemia concentrada, es decir, que el VIH no se ha extendido a la población en general y si no que tiene presencia en los grupos de la población que, por sus comportamientos específicos de riesgo y vulnerabilidad, tienen mayor probabilidad de estar expuestas al VIH o de transmitirlo; estas personas con frecuencia enfrentan condiciones de estigma y discriminación, y carecen de un acceso adecuado a los servicios de salud; lo que implica violaciones a los derechos humanos, una alta exposición al virus, incapacidad para evitar los riesgos y/o aplicar medidas preventivas eficaces.⁴¹⁴

La Organización Mundial de la Salud establece que algunos de los comportamientos que aumentan el riesgo de que una persona contraiga el VIH son:

-Tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo;

⁴¹² Cfr. GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico VIH... cit. p. 13

⁴¹³ Cfr, GOBIERNO de México, Programa Sectorial de Salud... cit.

⁴¹⁴ Cfr. GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico VIH... cit. p. 11

-Padecer otra infección de transmisión sexual (ITS) como sífilis, herpes, clamidia o gonorrea;

-Compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material infectivo contaminado para consumir drogas inyectables;

-Recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado; y

-Pincharse accidentalmente con una aguja, algo que afecta en particular al personal de salud.⁴¹⁵

H. EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo en la adolescencia es una de las principales causas de mortalidad materna e infantil además de que contribuye a círculos de enfermedades y pobreza. Aunque existen adolescentes que planean y desean su embarazo, en la mayoría de los casos ocurre lo contrario.

En México, se estima que el 50% de los embarazos entre los 15 y 19 años de edad no son planeados y que se relacionan con “barreras socioculturales, económicas y geográficas que limitan el acceso de la población adolescente a información, consejería y uso de métodos anticonceptivos efectivos y seguros.”⁴¹⁶ Entre las causas del embarazo no intencional resalta la violencia sexual, una tercera parte de las niñas y adolescentes han reportado que su primer encuentro sexual fue bajo algún tipo de coerción.⁴¹⁷

En 2018 se registraron 360 mil nacimientos de madres adolescentes menores de 20 años, de los cuales cerca de 11 mil fueron a niñas menores de 15 años. Lo que equivale a decir que 18.5% del total de los nacimientos que se registraron en México fueron de madres menores de 20 años.⁴¹⁸ Y en 2019 la tasa de fecundidad adolescente entre 15 y 19 años fue de 69.5 nacimientos vivos por cada 1,000 mujeres.⁴¹⁹

El embarazo en adolescentes tiene serias consecuencias para la salud de las personas, por ejemplo, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años en el mundo; los bebés de madres menores de 20 años tienen un riesgo superior de 50% de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida; además los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de registrar bajo peso con el riesgo de efectos a largo plazo.⁴²⁰

Además de los daños a la salud, el embarazo adolescente tiene consecuencias socioeconómicas, México atraviesa por un período en donde el porcentaje de población que puede trabajar es mayor, a este período se le denomina bono demográfico y puede ser una gran oportunidad para el desarrollo del país o un problema, el embarazo en

⁴¹⁵ ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, VIH/Sida, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

⁴¹⁶ GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico Salud Sexual... cit. p. 22

⁴¹⁷ *ibidem* p. 23

⁴¹⁸ *ibidem* p. 22

⁴¹⁹ Cfr. GOBIERNO de México, Programa De Acción Específico Atención a la Salud de la Adolescencia... cit. p. 13

⁴²⁰ ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, El embarazo en la adolescencia, 31 de enero de 2020, disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> última revisión el 27 de mayo de 2022

adolescentes involucra costos de oportunidad para el desarrollo social y el crecimiento económico del país, las personas que asumen una maternidad temprana frecuentemente interrumpen su educación y difícilmente la retoman, esto dificulta las oportunidades laborales por lo que se mantienen en situaciones económicas precarias.⁴²¹ La maternidad temprana implica el desaprovechamiento de las ventajas del bono demográfico, además, el costo de oportunidad que representan los cuidados antes, durante y después del parto comprometen la inversión en capital humano.⁴²²

Uno de los ámbitos que es afectado por el embarazo adolescente es el mercado laboral, el desempleo en mujeres que tuvieron hijos siendo adolescentes es 10.18% mayor que en las mujeres que fueron madres a una edad adulta, además la calidad del empleo es menor tomando en consideración que las mujeres que tuvieron hijos siendo adolescentes tienen menos oportunidades de haber cotizado a los sistemas de seguridad social que las mujeres que fueron madres a una edad adulta.⁴²³ Los ingresos anuales de las mujeres que han tenido hijos siendo adolescentes son 31.6% menores a los de quienes fueron madres en edad adulta, con esta brecha salarial se calcula que en el país, la pérdida anual de ingresos asciende a 59.8 mil millones de pesos, para el cálculo se compararon los ingresos que las mujeres que fueron madres en la adolescencia registran a lo largo de su vida, con los que hubieran obtenido si la formación del capital humano no se hubiera visto afectada por la maternidad temprana.⁴²⁴

Otro ámbito afectado es el educativo, el 26.6% de las madres jóvenes cuentan sólo con educación primaria, 62.6% con educación secundaria y 6.68% con educación terciaria.⁴²⁵ Si se consideran los ingresos laborales que hubieran percibido las madres jóvenes calculando los ingresos según el nivel educativo, el abandono y rezago educativo relacionado con el embarazo adolescente representa para el país una pérdida anual de 31 mil millones de pesos.⁴²⁶

Debido a esta disminución de ingresos, el embarazo adolescente y la maternidad temprana también tiene un impacto fiscal, se calcula que el Estado deja de recaudar aproximadamente 11 mil millones de pesos anuales por concepto de impuesto al valor agregado e impuesto a la renta personal.⁴²⁷

Respecto a la vida y la salud, cada año se pierden 6,529 años de vida potencial y 5,151 años de vida productiva por muertes relacionadas con el embarazo en adolescentes debido a que involucra riesgos médicos superiores que el embarazo en una mujer adulta; los servicios de salud destinan aproximadamente 6 mil millones de pesos para atender embarazos y partos de adolescentes, con un costo promedio de

⁴²¹ Cfr. FONDO de Población de las Naciones Unidas, Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México, 2020, disponible en https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022 pp. 8 y 9

⁴²² *ibidem* p. 11

⁴²³ *ibidem* p. 18

⁴²⁴ *ibidem* p. 20

⁴²⁵ *ibidem* p. 21

⁴²⁶ *ibidem* p. 22

⁴²⁷ *ibidem* p. 25

\$19,509 por cada parto incluyendo cuidados prenatales y durante el parto, complicaciones obstétricas y las atenciones al recién nacido.⁴²⁸

En México el impacto económico del embarazo adolescente y la maternidad temprana, considerando la pérdida de ingresos, empleo y actividad laboral que representan sus costos económicos, es de 62.98 mil millones de pesos que equivalen al 0.27% del PIB.⁴²⁹

I. ABORTO INDUCIDO

El aborto inducido es uno de los resultados de un embarazo no planeado o deseado, se estima que 25% de los embarazos terminan por un aborto provocado y casi la mitad de estos abortos fueron peligrosos, es decir, que se realizaron por personas no capacitadas o en un entorno donde no se cumplen los estándares médicos mínimos.⁴³⁰

En América Latina, tres de cada cuatro abortos fueron procedimientos practicados por una persona carente de la capacitación necesaria, utilizando un método obsoleto como el legrado, realizados en un entorno que no cumple con las normas sanitarias mínimas, o una combinación estas circunstancias.⁴³¹ Al respecto, se afirma que la tasa de atención oportuna del aborto seguro con los procedimientos adecuados, guarda una relación inversa con la tasa de letalidad.⁴³²

El aborto peligroso tiene consecuencias para la salud, incluida la muerte, así como complicaciones a largo plazo que afectan a la salud física y mental y el bienestar de las mujeres a lo largo de su vida, además de las consecuencias económicas para las mujeres y las comunidades.

Cada año se practican aproximadamente 3 millones de abortos peligrosos en jóvenes de 15 a 19 años.⁴³³ En México, entre 1990 y 2016 se registraron 2,408 muertes relacionadas con el aborto: 305 mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad y 13 niñas de 10 a 14 años. Mientras que, en 2018 aproximadamente el 9.5% de defunciones maternas fueron por este motivo.⁴³⁴

Se estima que el 36% de las mujeres que se practican abortos desarrollan complicaciones físicas las cuales pueden ser hemorragia, infección, septicemia, peritonitis y traumatismos del cuello uterino, la vagina, el útero y los órganos abdominales. En 2009, sólo en hospitales públicos fueron atendidas 159,000 mujeres por complicaciones derivadas de abortos inducidos.⁴³⁵

⁴²⁸ Cfr. FONDO de Población de las Naciones Unidas, op. cit. p. 23

⁴²⁹ *ibidem* p. 26

⁴³⁰ Cfr. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, Aborto, disponible en https://www.who.int/es/health-topics/abortion#tab=tab_1 última revisión el 27 de mayo de 2022

⁴³¹ Cfr. GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico Salud Sexual... cit. p. 44

⁴³² *ibidem* 46

⁴³³ Cfr. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, El embarazo... cit.

⁴³⁴ Cfr. GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico Salud Sexual... cit. p. 45

⁴³⁵ Cfr. JUÁREZ F et al., Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias, Nueva York, ed. Guttmacher Institute, 2013, disponible en https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/embarazo-no-deseado-mexico_0.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 5

El tratamiento de las complicaciones del aborto peligroso tiene un gran costo para los sistemas de salud, estimaciones de 2006 señalan que en países en desarrollo el costo anual es de 553 millones de dólares para tratar complicaciones del aborto, 6,000 millones de dólares para el tratamiento de la esterilidad secundaria causada y; 373 millones de dólares para atender las necesidades insatisfechas en materia de tratamiento de las complicaciones del aborto peligroso.⁴³⁶ En México los costos para el sector salud del tratamiento médico de procedimientos inseguros en 2005 fueron de 96 a 103 dólares por aborto en un hospital de segundo nivel y de 100 a 192 dólares en un hospital de tercer nivel.⁴³⁷

La morbilidad, las secuelas y mortalidad vinculadas al aborto inseguro son un grave problema de salud pública, de justicia social y de falta de garantía de los derechos humanos, estas consecuencias pueden prevenirse mediante acciones como la educación integral en sexualidad, los servicios de anticoncepción y el acceso a servicios de aborto seguro y legal, así como la atención oportuna de sus complicaciones.⁴³⁸

J. ATENCIÓN A LA MENOPAUSIA Y ANDROPAUSIA

La menopausia y la andropausia son sucesos fisiológicos que marcan un cambio en la vida reproductiva de las personas.

En el caso de las mujeres, es importante diferenciar tres conceptos: la menopausia, la perimenopausia y la postmenopausia:

La menopausia es un evento en la vida de la mujer donde la menstruación se ausenta más de 12 meses, lo cual marca el final de la vida reproductiva y se considera natural o fisiológica la que se presenta a partir de los 40 años de edad.

La perimenopausia es la transición a la menopausia e inicia con variaciones en la duración del ciclo menstrual y un aumento en la hormona folículo estimulante y termina con la ausencia de la menstruación por 12 meses.

La postmenopausia es el periodo que inicia a partir del año de la ausencia de la menstruación hasta el fin de la vida.⁴³⁹

Por su parte, el Síndrome climatérico es el conjunto de signos y síntomas que se presentan en la perimenopausia y posmenopausia, que incluye síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, alteraciones psicológicas y atrofia genital.

El tratamiento para la atención del síndrome climatérico se divide en farmacológico y no farmacológico; el farmacológico se subdivide en hormonal y no hormonal.

El tratamiento no farmacológico consiste en fomentar estilos de vida saludables como realizar ejercicio físico regular, control de peso, reducción de tabaquismo o bebidas

⁴³⁶ Cfr. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, Aborto... cit.

⁴³⁷ Cfr. JUÁREZ F, op. cit. p. 18

⁴³⁸ Cfr. GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico Salud Sexual... cit. p. 48

⁴³⁹ Cfr. DIVISIÓN de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia. Guía de Referencia Rápida, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013, disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/019GRR.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 4

alcohólicas; se recomienda el consumo de alimentos ricos en calcio y bajos en grasas saturadas, cuando exista intolerancia a los lácteos se darán suplementos de calcio y vitamina D; estas acciones contribuyen a reducir la sintomatología vasomotora y a prevenir la osteoporosis en mujeres climatéricas.

Se prescribe el tratamiento hormonal para controlar síntomas vasomotores, trastornos del sueño, atrofia vaginal, dispareunia y disminución de la libido, los cuales pueden tener impacto adverso sobre la calidad de vida, la terapia hormonal debe acompañarse de estrategias complementarias como el tratamiento no farmacológico.⁴⁴⁰

La terapia no hormonal se prescribe cuando existe contraindicación en el control del síndrome vasomotor o en pacientes que no aceptan la terapia hormonal, siendo común el uso de la veraliprida.⁴⁴¹

Los cambios fisiológicos relacionados con la baja producción de hormonas sexuales no son exclusivos de las mujeres, los hombres también viven transformaciones, aunque son más lentas y prolongadas, lo cual se denomina andropausia.

Mientras que las mujeres presentan disminución y cese de la producción de hormonas, los hombres presentan una reducción lenta y progresiva en la producción de testosterona que generalmente se manifiesta después de los 50 años, lo que puede atraer disfunciones sexuales como la disfunción eréctil y el bajo deseo sexual. La andropausia se caracteriza por síntomas como fatiga, disminución de la libido, alteraciones en las erecciones, cambios en el estado de ánimo, disminución de la actividad intelectual, disminución de la habilidad para la orientación espacial, depresión, ansiedad, irritabilidad, reducción de la masa muscular con la consecuente baja en la fuerza física, escasez del vello corporal, alteraciones de la piel, así como desgaste de la densidad mineral ósea.⁴⁴²

La andropausia y la menopausia son considerados socialmente como enfermedades que marcan el inicio de la vejez, el deterioro físico, la disminución de la actividad sexual y la terminación de la función reproductiva, como si se dejara de “ser mujer” o “ser hombre”,⁴⁴³ sin embargo, no son enfermedades, son etapas del ciclo de vida de los seres humanos completamente normales que no deben afectar la concepción de sí mismo.

Existen cargas sociales que afectan la atención de la menopausia y la andropausia, al respecto, María de Lourdes Tokunaga manifiesta que es imprescindible reforzar la incorporación de la perspectiva de género en los programas de salud y atención médica, debido a que existen distinciones de género socialmente construidas entre mujeres y hombres que afectan diferencialmente la salud de unas y otros y su

⁴⁴⁰ Cfr. DIVISIÓN de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, op. cit. p. 7

⁴⁴¹ *ibidem* p. 13

⁴⁴² Cfr. TOKUNAGA Bravo María de Lourdes, La salud sexual y reproductiva de los hombres en la andropausia, México, Género y Salud en Cifras, volumen 9 número 3, 2011, disponible en http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen9_3/Lasaludsexualyreproductivadelos.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 20

⁴⁴³ *ibidem* p. 18

respectiva posición dentro del sistema de salud.⁴⁴⁴ En especial la atención de la andropausia debido a que la carga social afecta su concepción como hombre debido a que se relaciona con su “virilidad”. Lourdes Takunaga propone revisar aquellas ideas, creencias y prejuicios que impiden a los hombres solicitar orientación o acudir a los servicios médicos para el cuidado de su salud y para el reconocimiento de la andropausia como un proceso natural, diferente a la menopausia, que forma parte de su salud sexual y reproductiva y que puede ser una circunstancia para la resignificación de la masculinidad y mejorar integralmente la calidad de vida.⁴⁴⁵

K. VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género se refiere al daño o sufrimiento físico, mental o sexual de una persona o grupo de personas por cuestiones de género, el cual puede llevarse a cabo en la esfera pública o privada y se origina en la desigualdad de género y el abuso de poder, lo cual coloca a las mujeres y niñas en una situación vulnerable. Aunque el término se utiliza generalmente para describir la violencia que sufren mujeres y niñas, la violencia de género también afecta a niños y hombres al marcar una masculinidad hegemónica y a la población LGBTQI+ por ir en contra de las normas sociales de género.⁴⁴⁶

La violencia de género en el ámbito privado también se conoce como maltrato en el hogar o violencia de pareja, la cual es una de las formas de violencia más comunes que sufren las mujeres a nivel mundial. Este tipo de maltrato incluye violencia económica, psicológica, emocional, física y sexual.

La violencia económica se refiere a la dependencia financiera de otra persona para mantener el control total de sus recursos; la psicológica consiste en intimidaciones, aislamiento social y amenazas de daño a la misma persona, familiares, mascotas o bienes; en la violencia emocional se afecta la autoestima de la persona por medio de críticas constantes, menosprecio de sus capacidades, insultos, entre otros; la violencia física se manifiesta a través de golpes, patadas, quemaduras, pellizcos, empujones, bofetadas, jalones de cabello, mordidas, con la falta de atención médica y al forzar el consumo de alcohol o drogas; por último la violencia sexual en este ámbito consiste en obligar a la pareja en un acto sexual en contra de su voluntad o sin su consentimiento.

También existe la violencia sexual fuera del ámbito privado, en las calles, en el trabajo y en los centros educativos, esta violencia se manifiesta a través del acoso sexual, la violación y la cultura de la violación.

El acoso sexual comprende cualquier contacto físico no consensuado, tocamientos de índole sexual o bien violencia no física como abucheos, comentarios

⁴⁴⁴ Cfr. TOKUNAGA Bravo María de Lourdes op. cit. p. 24

⁴⁴⁵ *idem*

⁴⁴⁶ Cfr. ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas, Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas, disponible en <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence> última revisión el 27 de mayo de 2022

sexuales, solicitud de favores sexuales, miradas lascivas, acecho o exhibición de órganos sexuales.

Por su parte, la violación consiste en cualquier penetración (vaginal, anal u oral) no consentida utilizando cualquier parte del cuerpo o un objeto. Existe un tipo específico de violación denominado “violación correctiva” la cual daña a una persona por su orientación sexual o identidad de género y pretende obligar a la víctima a seguir una determinada normativa de la identidad de género.

Por último, la cultura de la violación se refiere al entorno social que permite normalizar y justificar la violencia sexual.

Por otro lado, existe la violencia digital, que se refiere a cualquier acto de violencia cometido, asistido o agravado por el uso de la tecnología y las comunicaciones, esta violencia incluye ciberacoso, sexteo o sexting y doxing.

El ciberacoso es el acoso cometido a través del uso de las tecnologías de la información; el sexting es el envío de mensajes o fotos de contenido explícito sin contar con la autorización de la persona destinataria y el doxing se refiere a la publicación o divulgación de información privada de una persona sin su consentimiento.

La violencia de género representa un grave problema de salud pública y una violación a los derechos humanos, los distintos tipos y manifestaciones de la violencia de género, ocasionan graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto, mediano y largo plazo para las personas y particularmente las mujeres que lo enfrentan. En ese sentido, la manifestación de los diferentes tipos de violencias también tiene un elevado costo social y económico para los sistemas de salud y la sociedad en general.⁴⁴⁷

Siguiendo los datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016, a nivel nacional el 66.1% de las mujeres mayores de 15 años han sufrido, por lo menos, un incidente de violencia en su vida, y el 4.4% de ellas manifestó haber sufrido algún episodio de violencia sexual antes de los 15 años de edad.⁴⁴⁸

Por otro lado, otros datos que pueden representar esta problemática, en específico la violencia hacia las mujeres, son los del Informe sobre violencia contra las mujeres del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, cuya información proviene de las estadísticas de llamadas de emergencia al 911 y que reflejan datos sobre abuso sexual, acoso u hostigamiento sexual, violación, violencia de pareja y violencia familiar.

Las cifras muestran que de enero a julio de 2021 el total de llamadas que fueron 9,284,166 se dividió de la siguiente manera: 4.37% por violencia familiar, 1.78% por violencia contra la mujer, 1.59% por violencia de pareja, 0.06% por acoso u hostigamiento sexual, 0.04% por abuso sexual y 0.02% por violación.⁴⁴⁹

⁴⁴⁷ Cfr. GOBIERNO de México, Programa De Acción Específico Salud Sexual... cit. p. 50

⁴⁴⁸ *ibidem* p. 51

⁴⁴⁹ SECRETARIADO Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, op. cit.

En el informe también se menciona que en 2021 (con corte en julio) el número de presuntas víctimas mujeres por delito fue el siguiente:

Lesiones dolosas 36,998

Tráfico de menores 9

Trata de personas 307

Violación 12,258

Violencia familiar 150,649

Violencia de género en todas sus modalidades diferentes a la violencia familiar 2,450⁴⁵⁰

L. ABUSO SEXUAL DE MENORES

El abuso sexual infantil se puede definir como todo contacto o actividad sexual entre un menor y un adulto para estimularse o estimular a otras personas y se puede realizar por medio de amenazas, violencia física, psicológica u obteniendo su consentimiento mediante engaño, también se puede manifestar por un contacto no físico, incitación verbal, peticiones sexuales, exhibición de genitales, mostrar películas o imágenes o de violencia sexual, entre otras.⁴⁵¹

El abuso sexual contra menores de edad también se presenta por medio de las tecnologías de la información lo que es preocupante ya que de acuerdo con la Observación General N° 13 del Comité de los Derechos del Niño, las niñas, niños y adolescentes son especialmente susceptibles a publicidad, correo electrónico no deseado, patrocinios, información personal y contenidos agresivos, violentos, de incitación al odio, tendenciosos, racistas, pornográficos, desagradables o engañosos.⁴⁵²

El Panorama Estadístico de la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes menciona los siguientes tipos de violencia sexual: explotar o esclavizar sexualmente; exponer a pornografía, voyerismo, exhibicionismo; incitar o coaccionar para tener contacto sexual ilegal o perjudicial; intentar o introducir dedos, mano, boca o pene en boca, vagina o ano; producir, distribuir, divulgar, importar, exportar, ofertar, vender y poseer pornografía infantil; solicitar, emplear, usar, persuadir, inducir, atraer, impulsar o permitir involucramiento en actos sexuales; tocar o acariciar de manera indeseada; trata de menores; y vender con fines sexuales.⁴⁵³

Se considera que el abuso sexual infantil es un problema relacionado con fallas sistémicas del Estado y que se debe asumir responsabilidades por la falta de protección

⁴⁵⁰ SECRETARIADO Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, op. cit.

⁴⁵¹ Cfr. COMISIÓN Ejecutiva de Atención a Víctimas, Cartilla de Derechos de las Víctimas de Violencia Sexual Infantil, Segunda Edición, México, 2016, disponible en <http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/cartilla.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 2

⁴⁵² Cfr. FONDO de las Naciones Unidas para la Infancia, Panorama Estadístico de la Violencia Contra Niñas, Niños y Adolescentes en México, 2019, disponible en <https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 56

⁴⁵³ *ibidem* p. 14

a la población infantil, además de que no existe una fuente que brinde información directa sobre la magnitud del problema.⁴⁵⁴

Aunque no se puede asegurar la relación directa, se ha encontrado una asociación entre el abuso sexual infantil y tener relaciones sexuales a temprana edad, embarazo adolescente, matrimonio temprano y comportamientos de riesgo asociados a los efectos postraumáticos del abuso.⁴⁵⁵

La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas menciona que es común que las víctimas de violencia sexual infantil mantengan en secreto el hecho, por miedo o vergüenza a revelarlo y que algunos menores de edad no saben que están siendo violentados debido a su corta edad o por las características de esta violencia,⁴⁵⁶ sin embargo, considero que esto sucede por la falta de conocimiento en el tema.

La Ley General de Víctimas obliga a los tres niveles de gobierno a que todas las instituciones públicas deben velar por la protección de las víctimas y darles ayuda y asistencia, en casos de violencia sexual infantil, debe realizarse una consulta médica inmediata y, posteriormente, la denuncia ante el Ministerio Público, además las instituciones hospitalarias tienen la obligación de dar atención de emergencia de manera inmediata, sin exigir condición previa para su admisión y brindar servicios de profilaxis, de anticoncepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima.

La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas señala que se cometen 600 mil delitos sexuales cada año, 4 de cada 10 son menores de 15 años de edad, el 60% de los delitos sexuales son cometidos por personas conocidas por las víctimas y 1 de cada 5 niños es abordado sexualmente por medio de Internet.⁴⁵⁷

En el foro “Violencia Sexual Infantil y Adolescente: Retos Legislativos”, en agosto de 2019, el director del Hospital de Pediatría del Centro Médico Siglo XXI, Javier Enrique López Aguilar, afirmó que según estudios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, México ocupa el primer lugar en abuso sexual infantil con 5.4 millones de casos por año, por lo cual aseguró que se debe reforzar la educación sexual de acuerdo a las diferentes etapas del desarrollo del menor para proporcionar herramientas que permitan identificar riesgos y conductas de violencia sexual; que se deben abrir vías de comunicación seguras, confiables y anónimas; y que debe existir una corresponsabilidad en la actuación de las autoridades e instancias especializadas en la protección de los menores.⁴⁵⁸

⁴⁵⁴ Cfr. VALDEZ-SANTIAGO, et. al., Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes, México, Salud Pública, 2020, disponible en <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11924> última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 662

⁴⁵⁵ *ibidem* p. 669

⁴⁵⁶ Cfr. COMISIÓN Ejecutiva de Atención a Víctimas, op. cit. p. 12

⁴⁵⁷ *ibidem* p. 3

⁴⁵⁸ Cfr. SENADO de la República, México, primer lugar en abuso sexual infantil, Boletín 2136, 24 de agosto 2019, disponible en <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/45796-mexico-primer-lugar-en-abuso-sexual-infantil.html> última revisión el 27 de mayo de 2022

Sin embargo, de acuerdo con Valdez-Santiago, enseñar a los menores a detectar comportamientos de riesgo y a denunciar a los abusadores no es suficiente para prevenir el problema y sugiere dirigir la atención a los perpetradores e investigar más sobre comportamientos, características y motivaciones asociadas a perpetrar un daño sexual y desarrollar esfuerzos preventivos al respecto.⁴⁵⁹

La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a través de su Comité de Violencia Sexual desarrolló la Cartilla de Derechos de las Víctimas de Violencia Sexual Infantil, la cual pretende ser una herramienta que proporcione información a padres, madres y educadores para detectar casos y actuar en consecuencia. En esta Cartilla se mencionan los siguientes consejos para evitar que los menores sufran violencia:

Brindar educación afectiva y sexual en un entorno familiar y de respeto, así podrán identificar situaciones abusivas y comunicarlas rápido.

Enseñar que tiene derecho a la privacidad de su cuerpo, que nadie puede tocarlo, mirarlo, grabarlo o fotografiarlo si no quiere; que tiene derecho a decir “No” si se siente incómodo en determinada situación.

Hablar de la existencia de la violencia sexual, y de que puede ser cometida por personas extrañas o conocidas de la familia.

Explicar la diferencia entre una expresión de cariño y un manoseo sexual.

Informar sobre el uso seguro del Internet y supervisar su uso cotidiano.

Explicar que los agresores tratan de asustar y amenazar para que guarde el secreto, pero que debe contarlos para que no vuelva a suceder.

Es importante que los menores tengan confianza en sus padres y cuidadores y puedan hablarles de cualquier tema.⁴⁶⁰

3.3 CONSECUENCIAS EN LA POBLACIÓN

Además de las consecuencias que tiene para el gobierno, la falta de atención a los derechos sexuales y reproductivos tiene repercusiones en la vida y desarrollo de cada persona, es por ello que, en este apartado mencionaré las consecuencias en la vida personal de los individuos dependiendo de cada problemática.

A. ABORTO

El aborto puede causar problemas económicos a las mujeres y a sus familias, se estima que en países en desarrollo los costos anuales directos desembolsados por las personas o las familias para el tratamiento de las complicaciones del aborto es de 200 millones de dólares y de 922 millones de dólares por concepto de pérdida de ingresos como resultado de una discapacidad a largo plazo ocasionada por la esterilidad o la enfermedad inflamatoria pélvica provocada por el aborto inseguro.⁴⁶¹ Además de los gastos por el aborto y la atención médica, otros costos asociados que deben cubrir las

⁴⁵⁹ VALDEZ-SANTIAGO, op. cit. p. 669

⁴⁶⁰ Cfr. COMISIÓN Ejecutiva de Atención a Víctimas, op. cit. p. 14

⁴⁶¹ Cfr. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, Aborto... cit.

mujeres que abortan es el costo del transporte, el cuidado de los hijos durante su ausencia y los días laborales perdidos.

Por otro lado, el aborto también conlleva problemas psicológicos y emocionales, es importante mencionar que cada persona puede reaccionar diferente ante la vivencia de un aborto, sin embargo, existen factores culturales y sociales que aumentan la carga emocional en las mujeres que abortan debido a que al hacerlo se vuelven víctimas de estigmatización social y se perciben a sí mismas como transgresoras de valores morales y religiosos, debido a que la moral y valores religiosos en la sociedad mexicana dicta la valoración de la maternidad como atributo esencial de las mujeres,⁴⁶² en nuestra sociedad la sexualidad generalmente es vista como una sexualidad biológica puramente reproductiva y la sexualidad no reproductiva es mal vista y catalogada como algo perverso.

Desde el punto de vista psicológico existen consecuencias favorables o desfavorables las cuales dependen de diversos factores, por ejemplo, si el aborto fue inducido o espontáneo o si la decisión fue libre y personal, se establece que las consecuencias psicológicas del aborto dependen, ante todo, de la libertad y responsabilidad con las que las mujeres elaboren sus juicios y tomen su decisión.⁴⁶³

Además otro aspecto importante que se debe tomar en cuenta para analizar las consecuencias del aborto es la atención médica recibida, Deyanira González menciona que las reacciones emocionales negativas posteriores a la interrupción de un embarazo no deseado tienen una relación muy directa con la calidad de la atención que ofrecen los hospitales públicos a las mujeres que buscan atención de urgencia por las complicaciones de una intervención realizada en condiciones inseguras.⁴⁶⁴ El problema radica en que la mayoría de los hospitales no cuenta con personal capacitado que brinde apoyo emocional o que proporcione información completa para evitar un nuevo embarazo no deseado.

En concreto, las consecuencias emocionales y psicológicas que se pueden presentar a raíz de un aborto pueden ser las siguientes:

- Dudas y culpa al enfrentarse con valores sociales, culturales y religiosos propios y de su entorno.
- Desesperación o dolor, por no haber encontrado otro camino o analizado otras opciones.
- Depresiones severas, sentimientos negativos, tristeza, sentimiento de pérdida o rechazo hacia las relaciones sexuales.
- Debilitamiento del yo, melancolía profunda, sensación de duelo anormal, duelo patológico o sufrimiento permanente.

⁴⁶² Cfr. GONZÁLEZ de León Aguirre Deyanira, El aborto en México, México, Ipas, 2002, disponible en <https://ccp.ucr.ac.cr/ac/gonzalez.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 8

⁴⁶³ LÓPEZ Hernandez, Renata, El aborto en México y el mundo: una mirada feminista (Tesis de Licenciatura), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004, disponible en <https://repositorio.unam.mx/contenidos/204905> última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 20

⁴⁶⁴ GONZÁLEZ de León Aguirre Deyanira, op. cit. p. 9

- Alivio y liberación, existen mujeres que no experimentan culpa ni presentan daños psíquicos posteriores, sino que incluso pueden madurar como personas a raíz de la decisión.⁴⁶⁵

B. EMBARAZO ADOLESCENTE

El Programa de Acción Específico Atención a la Salud de la Adolescencia 2020-2024 considera que el embarazo adolescente es uno de los problemas con más repercusiones para el desarrollo de las personas, las cuales pueden ser: rezago educativo, acceso desigual a oportunidades de empleo y desarrollo, mayor riesgo de sufrir violencia, depresión, mayor inmadurez psicosocial y contar con menores herramientas de crianza.⁴⁶⁶

El estudio sobre el costo económico del embarazo en niñas y adolescentes realizado por UNFPA (2017) en El Salvador, señala que el embarazo durante la niñez y la adolescencia se asocia a problemas de salud de la gestante y el feto; provoca discontinuidades en las trayectorias educativas, a veces agravadas por la expulsión del sistema educativo a consecuencia del juicio moral; limita las opciones para encontrar y ejercer una actividad laboral remunerada en el sector formal; es común entre las personas pobres, contribuyendo al círculo de transmisión intergeneracional de la pobreza; la crianza termina a cargo de las chicas y sus familias de origen; y es frecuente, sobre todo antes de los 15 años, que su origen sea por la violación, el abuso o la agresión sexual por parte de adultos.⁴⁶⁷

El Fondo de Población de Naciones Unidas y la oficina regional para América Latina y el Caribe formularon una metodología para medir el impacto socioeconómico del embarazo y maternidad en adolescentes denominado MILENA, la aplicación de esta metodología en México estima que el impacto social y económico en 2018 fue el siguiente:

Quienes han sido madres adolescentes tienen un logro educativo menor, sólo el 3.8% cuenta con estudios profesionales, en comparación con el 13.4% de las mujeres que fueron madres en edad adulta.

Quienes han experimentado la maternidad temprana perciben un ingreso inferior en 31.6%.

Las mujeres que han sido madres adolescentes tienen trabajos más precarios pues el 67.4% nunca ha cotizado a las instituciones de seguridad social, mientras que para las mujeres que experimentaron el embarazo en edad adulta este indicador fue de 56.8%.

Quienes han sido madres en la adolescencia detentan mayores niveles de desempleo con una tasa de 0.83%, cuando la tasa en las mujeres que fueron madres en edad adulta es de 0.75%⁴⁶⁸

⁴⁶⁵ Cfr. LÓPEZ Hernández, Renata, op. cit. p. 20

⁴⁶⁶ Cfr. GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico Atención a la Salud de la Adolescencia... cit. p. 13

⁴⁶⁷ Cfr. FONDO de Población de las Naciones Unidas, op. cit. p. 5

⁴⁶⁸ *ibidem* p. 27

El embarazo adolescente tiene reacciones en cadena, cuando una adolescente embarazada abandona sus estudios, con su poca capacitación y formación escolar será difícil encontrar un buen trabajo por lo que el embarazo en la adolescencia le causaría problemas económicos y de desarrollo profesional y personal.

Tomando como inicio de la cadena el abandono de estudios, haciendo una réplica del estudio sobre el costo económico del embarazo en niñas y adolescentes realizado por UNFPA (2017) en El Salvador, para el caso mexicano se necesitaría una inversión aproximada de 4,861 millones de dólares en educación para aumentar las tasas en la terminación de estudios media y superior con un retorno de inversión de 9,748 millones de dólares.⁴⁶⁹

Por otro lado, existen también afectaciones a nivel psicológico en los adolescentes que viven o vivieron un embarazo, cuando una adolescente conoce el hecho de estar embarazada, sin desearlo, representa un fuerte impacto psicológico pues se ve enfrentada a una situación desconocida, generalmente tiene sentimientos de miedo, estrés y ansiedad como reacciones iniciales. Una adolescente embarazada se ve atrapada entre las opiniones de sus padres, su compañero, la sociedad y sus propios deseos pero deberá tomar una decisión sumamente importante y de gran impacto; durante este proceso podrá mostrar conductas como rechazo, hostilidad, desconfianza, sentimientos de culpa, de fracaso, de arrepentimiento y temor.⁴⁷⁰

Suele suceder que los problemas aumentan cuando nace el bebé, pues la madre o los padres adolescentes pueden adoptar conductas negativas o agresivas contra el hijo al hacerlo responsable de no poder llevar a cabo su proyecto de vida como lo habían pensado. Algunos autores denominan a esta situación como “síndrome del fracaso” debido a que los adolescentes sienten que han fracasado en el logro de sus metas, en terminar su educación, en establecer una vocación y conseguir ser independientes.⁴⁷¹

Por otro lado, una madre adolescente puede ser víctima de rechazo social ya sea el rechazo de su pareja, de sus amigos, vecinos o familiares, incluso de sus propios padres, lo que la priva de fuentes de apoyo social en un momento importante en el que se necesita ese tipo de apoyo, lo que provoca más conflictos emocionales.

Aunque en muchas ocasiones no son visualizados los varones adolescentes, pues hasta los años 80's ha existido un olvido casi total del papel de los chicos en el embarazo no deseado, estos también se enfrentan a problemáticas específicas, por ejemplo, se reducen sus posibilidades de terminar o completar sus estudios profesionales, se ven forzados a trabajar para contribuir en el aseguramiento de las necesidades básicas del futuro hijo y de la adolescente, y regularmente este trabajo será con un sueldo bajo, también podrá verse obligado a asumir una decisión negando su paternidad o casándose

⁴⁶⁹ Cfr. FONDO de Población de las Naciones Unidas, op. cit. p. 6

⁴⁷⁰ Cfr. VICARIO Galván, María Soledad, Adolescentes y embarazo: impacto social, trascendencia y consecuencias: una propuesta de trabajo bajo un enfoque Gestalt (Tesis de Licenciatura), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, disponible en <https://repositorio.unam.mx/contenidos/316188> última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 27

⁴⁷¹ *ibidem* pp. 28 y 29

a la fuerza; todas estas situaciones lo harán experimentar sentimientos de angustia y de estrés por una paternidad no planificada o no deseada, teniendo que cargar con un sentimiento de culpa y una responsabilidad que afectará toda su vida.⁴⁷²

C. ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual infantil provoca daños físicos y emocionales, sin embargo, la gravedad de los daños depende del tipo de violencia sexual, la frecuencia, la duración, la fuerza ejercida y la relación afectiva del agresor con la víctima.

Los daños físicos pueden consistir en lesiones en los genitales, ano, boca o cara, y en infecciones de transmisión sexual.

El abuso sexual infantil es causa de problemas psicológicos y psiquiátricos en la adolescencia y en la edad adulta, el 60% de las víctimas presenta este tipo de problemas, los cuales pueden ser abuso de alcohol y drogas, trastornos en la alimentación, trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, culpa, intentos suicidas, problemas sexuales futuros, prácticas sexuales de riesgo, revictimización sexual, dificultad para relacionarse, odio hacia su cuerpo y problemas de autoestima.⁴⁷³

Desde el punto de vista de expertos en psicología, se asegura que

el abuso sexual representa un cataclismo en la vida del niño, que arrasa y destituye las legalidades existentes, ocasionando una devastación de la vida psíquica con su correlato en los distintos espacios de la vida del niño. El trabajo clínico con niñas, niños, mujeres y hombres que han sido abusados/as sexualmente, permite sostener que, en todos los casos analizados, el abuso sexual en la infancia revistió carácter traumático, ocasionando marcas singulares en la subjetividad.⁴⁷⁴

Con base en la evidencia en casos clínicos, las personas que fueron víctimas de abuso sexual en la infancia manifiestan los siguientes sentimientos:

Desamparo: tomando como punto de partida que la necesidad de ser amado y protegido constituye una necesidad humana básica, cualquier situación donde esto no se satisface resulta prototípica para una situación traumática; además se asocia al sentimiento de impotencia con su consecuente generación de angustia. Al no obtener la ayuda adecuada, se generan otros sentimientos como el miedo, la tristeza o el desasosiego.

Sensación de estar en peligro permanente: proviene del sentimiento de desvalimiento y está vinculada con la magnitud del peligro, sea real o imaginario. En esta edad, resulta muy difícil integrar a la vida un hecho inesperado o desconocido. Sentirse diferente de los demás: el recuerdo del abuso padecido actúa de modo traumático haciendo sentir sus penosos efectos por largo tiempo y en diferentes aspectos de la vida.

⁴⁷² Cfr. VICARIO Galván, María Soledad, op. cit. p. 30

⁴⁷³ Cfr. COMISIÓN Ejecutiva de Atención a Víctimas, op. cit. p. 3

⁴⁷⁴ CLAVI Bettina, Efectos Psíquicos del Abuso Sexual en la Infancia (Tesis de doctorado), Argentina, Universidad Nacional de Rosario, 2004, disponible en <https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/10910/Bettina%20Calvi%20-%20Tesis.pdf?sequence=3&isAllowed=y> última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 12

Las personas abusadas suelen creer que son las únicas víctimas y esta creencia provoca sentimientos de humillación, desprecio, desesperanza y aislamiento.⁴⁷⁵

Un acontecimiento clave en estos casos es el quebrantamiento del silencio, la denuncia representa el primer acto de resistencia frente al abuso, la respuesta a esta denuncia tendrá un efecto importante en la psique del menor: si el abuso es reconocido y castigado, la recuperación del abuso tendrá más posibilidades. Sin embargo, si se sospecha de la veracidad de sus dichos, recuerdos o de su percepción de la realidad, aumentarían los padecimientos de la víctima; la falta de creencia en la palabra del menor produce una desestimación que lo llevará a renegar la realidad exterior, mientras el abusador minimiza o niega lo sucedido.⁴⁷⁶ El traumatismo podría provocar simbolizaciones que ponen al sujeto en el lugar del actor, y podría llegar a pensar que se portó mal y por eso le sucedió tal situación.

Las víctimas de abuso sexual infantil frecuentemente presentan terrores nocturnos, aislamiento y alternancia entre la hiper excitación emocional y el entorpecimiento psíquico además de problemas de confianza, depresión, disociación, violaciones de límites, conductas compulsivas adictivas, entre otras. Sin embargo, la respuesta puede variar si la víctima fue niña o niño.⁴⁷⁷

Las mujeres son más propensas a pedir apoyo psicológico o de otro tipo, también es común que las niñas abusadas se dediquen a la prostitución en su juventud.

Por su parte, los hombres que han sido víctimas deben enfrentar una pelea interna con su concepción de virilidad y tratar de conciliar sus actitudes masculinas y la experiencia del abuso, lo que crea una conmoción interna. Por este conflicto con su virilidad, es menos probable que las víctimas masculinas busquen apoyo.⁴⁷⁸

Los hombres sexualmente abusados suelen presentar fantasías sobre el deseo de tener actividad sexual con niños, sin abusadores sexuales necesariamente; también son propensos a tener reacciones psicológicas disfuncionales y fisiológicas de estrés, hipertensión, dolor en el pecho, perturbación en el dormir, pesadillas, brevedad de respiración, vértigo, y anorexia o bulimia son síntomas, y los hombres que sufrieron abuso por vía anal son especialmente susceptibles al estreñimiento y encopresis. Además, como grupo, los varones tienen más probabilidades de involucrarse en conductas delictivas o que se conviertan en trabajadores energéticos.⁴⁷⁹

D. DISCRIMINACIÓN POR RAZONES DE GÉNERO

La diversidad sexual se refiere a todas las maneras en que las personas asumen, expresan y viven su sexualidad, así como expresiones, preferencias, orientaciones, identidades sexuales y de género. Todas las personas tienen derecho a manifestar su identidad y preferencias con el único límite de respetar los derechos de las otras

⁴⁷⁵ CLAVI Bettina, op. cit. pp. 73 y 74

⁴⁷⁶ *ibidem* p. 74

⁴⁷⁷ *ibidem* p. 127

⁴⁷⁸ *ibidem* p. 130

⁴⁷⁹ *ibidem* p. 124

personas. Las personas lesbianas, gay, travestis, transgéneros o trans, bisexuales e intersexuales, también como comunidad LGBTTTI son sujetos de derechos y de protección jurídica y social.⁴⁸⁰ Se ha demostrado que es prácticamente imposible cambiar a voluntad la orientación o preferencia sexual de una persona y que cualquier tentativa de hacer puede traer graves consecuencias.

La homosexualidad o cualquiera de las manifestaciones de preferencias sexuales no causan por sí mismas algún tipo de problema en la persona, sin embargo, las actitudes de su entorno, familia, amigos, comunidad o sociedad en general sí pueden provocar problemas. Y como afirma José Arturo Granados, el sufrimiento psíquico que pueden experimentar estas personas no se deriva de su orientación sexual sino de las imposiciones culturales que establecen una prohibición simbólica.⁴⁸¹

La estigmatización hacia las personas con preferencias sexuales diferentes a la heterosexual, inicia en la infancia, los niños aprenden actitudes de rechazo a la homosexualidad que pueden ir desde la agresión verbal hasta el homicidio; en la adolescencia se replican las actitudes de rechazo y las preferencias sexuales diversas pueden ser utilizadas como insultos, este comportamiento social genera en las personas homosexuales diversas sensaciones de vergüenza, manteniendo sus preferencias en secreto o como comúnmente se dice “en el closet”.

La homofobia en general es uno de los principales problemas de exclusión en nuestro país, de acuerdo con la Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, los homosexuales son uno de los sectores más discriminados junto con las personas que viven con VIH/SIDA.⁴⁸²

La homofobia se puede dividir en dos categorías: interpersonal e intrapersonal.

La homofobia interpersonal consiste en el rechazo a la homosexualidad entre los individuos y se puede expresar en discriminación y violencia ya sea dentro de la familia o en contextos como la escuela, la comunidad o el lugar de trabajo. También existe la homofobia intrapersonal, en las personas homofóbicas revela el temor de reconocer rasgos femeninos, y en las personas homosexuales se refiere a la interiorización del rechazo social que se vuelve rechazo hacia sí mismos y puede manifestarse en autodevaluación, aislamiento social y frustración por no controlar los impulsos sexuales.⁴⁸³

El hecho de que no todas las sexualidades sean aceptadas socialmente afecta al individuo en el desarrollo de su identidad, reproducción, vínculos afectivos y erotismo, lo que provoca ciertos niveles de angustia que pueden desencadenarse en problemas más

⁴⁸⁰ Cfr. COMISIÓN Nacional de los Derechos Humanos, Día mundial de la diversidad sexual, disponible en <https://www.cndh.org.mx/noticia/dia-mundial-de-la-diversidad-sexual> última revisión el 27 de mayo de 2022

⁴⁸¹ Cfr. GRANADOS Cosme José Arturo, Problemas de salud mental en la discriminación por orientación homosexual, primera edición, México, Homofobia y salud, 2007, disponible en <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/memorias/homofobia.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022pp. 110 y 111

⁴⁸² *ibidem* p. 96

⁴⁸³ *ibidem* p. 107

graves que requieran apoyo profesional.⁴⁸⁴ Las consecuencias que afectan a las personas víctimas de este tipo de discriminación son:

- a) temor e inseguridad, en consecuencia, mayor riesgo de trastornos de ansiedad;
- b) aislamiento, devaluación por una característica inevitable, frustración por no lograr ajustarse a la normatividad sexual, en consecuencia, mayor riesgo para trastornos depresivos que pueden intensificarse con la conducta suicida; y
- c) marginación, culpa y rechazo de sí mismos, lo que genera mayor riesgo de conductas autodestructivas (menor prevención del VIH/SIDA, intento y consumación de suicidio, retraso en la atención médica por cualquier causa).⁴⁸⁵

José Arturo Granados enfatiza en que la homofobia se trata de un proceso colectivo y que la responsabilidad es de la sociedad en su conjunto.⁴⁸⁶ La discriminación por razones de género, entendiéndola a esta como el rechazo a las expresiones de la diversidad sexual que van en contra de los roles de género socialmente aceptados, provoca graves consecuencias en los individuos, sin embargo estos problemas provienen de una construcción completamente cultural y social, por lo tanto, estas problemáticas pueden ser evitadas o suprimidas si se trabaja en la modificación de los paradigmas establecidos sobre el género y sus expresiones.

E. INEQUIDAD DE GÉNERO

La equidad de género se refiere a la distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre hombres y mujeres; las diferencias existentes deben ser abordadas con el fin de equilibrar la situación a través de estrategias de equidad de género.

Sin embargo, en el caso contrario, las desigualdades de género crean una carga desproporcionada hacia un género y se puede materializar en situaciones socioeconómicas inferiores, discriminación, responsabilidades reproductivas, entre otras.⁴⁸⁷

Martha Lamas afirma que la dicotomía masculino-femenino establece estereotipos que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género.⁴⁸⁸ Al respecto, Mario Santos y María Paz Richard mencionan que ambos géneros tenemos las mismas potencialidades humanas para lo racional y lo emocional y que también ambos tenemos rasgos que el sistema patriarcal separará y asignará a cada

⁴⁸⁴ Cfr. GARNICA Ojeda, Edgar Roberto, Culpa y vergüenza hacia la propia sexualidad: un estudio comparativo entre homosexuales vs. heterosexuales (Tesis de Licenciatura), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2006, disponible en <https://repositorio.unam.mx/contenidos/441615> última revisión el 27 de mayo de 2022 pp. 58 y 59

⁴⁸⁵ GRANADOS Cosme José Arturo, op. cit. p. 108

⁴⁸⁶ *ibidem* p. 106

⁴⁸⁷ Cfr. ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud, Política de igualdad de género, Washington D.C., disponible en <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 16

⁴⁸⁸ Cfr. INSTITUTO Nacional de las Mujeres, El impacto de los estereotipos y los roles de género en México, agosto 2007, disponible en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 1

género como características de “lo masculino” y de “lo femenino”.⁴⁸⁹ Algunos de los estereotipos que tienen repercusiones son:

- Las mujeres tienen la responsabilidad biológica del cuidado de los niños, como consecuencia se excluye a los hombres de las responsabilidades de la atención prenatal.

- La planificación de la familia es responsabilidad de la mujer, razón por la cual los hombres disponen de servicios limitados lo que contribuye a que no utilicen métodos para proteger su salud y la de su pareja.

- Los hombres son agresores, de modo que se los excluye o se los trata como enemigos en los debates sobre la violencia por motivos de género.⁴⁹⁰

Como lo menciona la Organización Panamericana de la Salud, los estereotipos de género generan consecuencias para hombres y mujeres.

Prueba de estos estereotipos, en el caso especial de la salud sexual y reproductiva, son los datos obtenidos en la Encuesta sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2003) en donde se resalta lo siguiente:

- A la pregunta sobre quién decide cuántos hijos tener, 63% en mujeres que no sufren violencia y 61% de las que sí la sufren contestaron que son los varones quienes tienen esta atribución.

- A la pregunta sobre quién decide cuándo tener relaciones sexuales, el 86% de entrevistadas, independientemente de su condición de violencia, contestó que es el esposo o la pareja.

- Sobre el uso de anticonceptivos, el porcentaje de las mujeres en las que su esposo decide fue de 48% de mujeres que no sufre violencia y 41% de mujeres que sí la padecen.

- A la afirmación de “el hombre debe responsabilizarse de todos los gastos de la familia”, siete de cada 10 mujeres contestó que sí.⁴⁹¹

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, el objetivo de la igualdad de género es que ambos sexos tengan las mismas oportunidades y posibilidades y que para alcanzarla se requerirán medidas específicas a fin de disminuir las desigualdades existentes entre mujeres y hombres; menciona también que en algunos casos eso puede significar hacer más hincapié en las mujeres.⁴⁹² Sin embargo, considero que no se debe abusar de esa postura, pues si bien, por las diferencias biológicas las mujeres requieren mayor atención en algunos ámbitos, no se debe dejar de lado la atención hacia los hombres y deben ser considerados lo más posible, sobre todo en temas relacionados con salud sexual y reproductiva.

⁴⁸⁹ Cfr. SANTOS Villarreal Gabriel Mario y Richard Muñoz María Paz, *Paternidad responsable: Instrumentos internacionales y consideraciones conceptuales en Centroamérica, México*, Centro de Documentación, Información y Análisis, Cámara de Diputados, 2010, disponible en <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spe/SPE-ISS-07-10.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022 p. 26

⁴⁹⁰ Cfr. ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud, *Política...* cit. p. 23

⁴⁹¹ Cfr. INSTITUTO Nacional de las Mujeres, *El impacto...* cit. pp. 5 y 6

⁴⁹² Cfr. ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud, *Política...* cit. p. 29

Siguiendo esta lógica, la salud sexual y reproductiva se ha identificado como territorio de las mujeres dejándolas como responsables de su propia salud sexual, las mujeres han sido las beneficiarias de los programas nacionales e internacionales de planificación familiar y salud reproductiva, pero, de acuerdo con Mario Santos y María Paz Richard el no incorporar a los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva ha tenido graves repercusiones sobre la salud y en el éxito de los propios programas, su participación es esencial para su propia salud y bienestar y contribuye a la salud de las mujeres.⁴⁹³

Es importante resaltar que los estereotipos de género también afectan al sexo masculino, la masculinidad hegemónica reprime su expresión emocional, lo que los lleva a transformar sentimientos como el dolor, la tristeza, el temor o el amor en ira y hostilidad,⁴⁹⁴ y en el ámbito de la salud sexual y reproductiva limita su acceso a estos servicios de salud y afecta su involucramiento en la construcción de una paternidad responsable y afectiva, al dejar esa responsabilidad a las mujeres.

Al buscar equidad en los roles de género se busca cambiar las actitudes y prácticas de los hombres y sensibilizarlos desde la infancia en las inequidades de género, los estereotipos y los roles tradicionales para promover el compromiso de estos con nuevas conductas y comportamientos en pro de la equidad.⁴⁹⁵ Una de las acciones que han promovido este tipo de cambios fue la campaña global del 2000 “los hombres hacen la diferencia”, la cual abarcaba los siguientes puntos:

- Sensibilización respecto al género para fomentar la comprensión de los modos en que los estereotipos y las expectativas en función del género afectan a la mujer y al varón, y apoyar el trabajo tendiente a aumentar la igualdad y la equidad entre los sexos.

- Comunicación y negociación sexual: animar a los hombres a hablar entre ellos y con sus parejas sobre el sexo, el consumo de drogas y el SIDA; aumentar la capacidad de la mujer para decidir cuándo, dónde y si quiere o no tener una relación sexual; mejorar el acceso de los hombres a fuentes de información, asesoramiento y apoyo apropiadas y fomentar una mayor aceptación y comprensión de los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones.

- La violencia y la violencia sexual: apoyar las acciones gubernamentales y no gubernamentales para reducir la violencia masculina y la violencia sexual.

- Apoyo y asistencia: apoyar al varón en su papel de padre y cuidador, tanto dentro de la familia como en la comunidad.⁴⁹⁶

Quisiera resaltar el último punto de la campaña pues considero que la falta de una paternidad responsable es uno de los grandes problemas que provocan los roles de género, se debe cambiar la mentalidad en que los hombres responden sólo a las necesidades económicas de sus hijos e hijas, en el típico papel de proveedor, la

⁴⁹³ Cfr. SANTOS Villarreal Gabriel Mario y Richard Muñoz María Paz, op. cit. p. 31

⁴⁹⁴ Cfr. ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud, Política... pp. 24 y 25

⁴⁹⁵ Cfr. SANTOS Villarreal Gabriel Mario y Richard Muñoz María Paz, op. cit. p. 20

⁴⁹⁶ *ibidem* p. 21

paternidad responsable involucra otorgar calidad de vida en términos afectivos desde el embarazo, participar en la educación y formación de los menores y en el cuidado de su salud. Mario Santos y María Paz Richard afirman que, aunque la ley establece presiones legales para el cumplimiento de la cuota, esto no hace a un padre totalmente responsable; la vinculación afectiva del padre es un tema que los hombres no han incorporado como parte de su rol.⁴⁹⁷

Resulta fundamental adoptar un enfoque positivo en equidad de género y trabajar con hombres y niños para promover los derechos sexuales y reproductivos de ambos sexos y que los servicios de salud promuevan activamente la equidad de género, sin desatender a ningún grupo, los servicios de salud deberán ayudar a los hombres a identificar y atender sus derechos y necesidades. Además, es necesario agregar esfuerzos educativos y de políticas públicas que contribuyan a cambiar las conductas que favorecen las inequidades de género, al respecto, uno de los aspectos que han contribuido con este cambio es que en fechas recientes se ha hablado de diferentes formas de masculinidad, las cuales rompen con la visión única, universal y ahistórica de la masculinidad, lo que nos permite contrarrestar las inequidades de género.

F. DESARROLLO PERSONAL

Resulta común que las personas vivan y actúen sin un conocimiento real de su sexualidad y la de los demás, lo que conlleva a una afectación en la vida individual y social. Aspectos psicológicos y sociales dificultan el bienestar personal de los individuos, algunos de los temas que se considera pueden relacionarse con problemas en el bienestar sexual son: la experiencia infantil sexual traumática, la información sexual, los temores hacia la sexualidad, la masturbación y los problemas conyugales.⁴⁹⁸

De acuerdo con Kaplan, las disfunciones sexuales se definen como trastornos en los que los problemas fisiológicos o psicológicos dificultan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales.⁴⁹⁹ Algunas de estas disfunciones sexuales son: el deseo sexual hipoactivo o inhibido, trastorno de aversión por el sexo, trastorno de la erección, trastorno orgásmico, eyaculación precoz, dispareunia (dolor genital durante la relación sexual), entre otras.

Existen diferentes clasificaciones y posturas sobre las causas de las disfunciones sexuales, para Álvarez-Gayou que existen cuatro tipos principales de causas, biológicas, psicológicas, sociales y educativas y problemas de pareja, para fines de este trabajo sólo consideraré las sociales y educativas. Al respecto, esta postura establece que dependiendo de la forma en que se aborde la sexualidad es como serán las consecuencias sobre el comportamiento y las respuestas sexuales, por ejemplo, la educación restrictiva y negadora de la sexualidad aparece con frecuencia en las historias

⁴⁹⁷ Cfr. SANTOS Villarreal Gabriel Mario y Richard Muñoz María Paz, op. cit. p. 30

⁴⁹⁸ Cfr. Linares García, Ana Cecilia, Estudio de la ansiedad y la depresión y algunos factores antecedentes asociados a la presencia de cada una de las disfunciones sexuales masculinas (Tesis de Licenciatura), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2007, disponible en <https://repositorio.unam.mx/contenidos/200897> última revisión el 27 de mayo de 2022 p. V

⁴⁹⁹ *ibidem* p. 31

clínicas de consultantes con disfunciones sexuales; de igual forma las experiencias sexuales negativas como el abuso sexual en la infancia, el haber sido víctima de una violación, el haber sido sorprendido masturbándose por una figura de autoridad, el haber tenido la primer experiencia sexual frustrante o dolorosa, entre otros, pueden ser factores que propicien la aparición de las disfunciones sexuales.⁵⁰⁰

Por otro lado, Hawton hace la división en causas psicológicas y físicas. Las causas psicológicas las separa en:

1. Factores predisponentes, es decir, experiencias tempranas en la vida que hace a una persona vulnerable para desarrollar una disfunción sexual. Estas pueden ser: educación represiva, relaciones familiares alteradas (si la relación entre los padres se caracteriza por la tensión y la falta de afecto, el niño dispondrá de un pobre modelo inicial de las relaciones hombre-mujer), información sexual inadecuada, traumas sexuales infantiles e inseguridad en el papel psicosexual al comienzo del desarrollo.

2. Factores precipitantes, es decir, sucesos o experiencias asociadas a la aparición inicial de una disfunción sexual como la desavenencia en la relación general, infidelidad, fracaso esporádico y experiencias sexuales traumáticas.

3. Factores de mantenimiento, los cuales explican el por qué persiste la disfunción, estos factores pueden ser: ansiedad del rendimiento, anticipación al fracaso, pérdida de la atracción en la pareja, comunicación deficiente en la pareja, desavenencia en la relación general, trastorno de la propia imagen, juego erótico restringido; culpabilidad como ser resultado de una larga inhibición respecto del sexo, producto de una educación sexual restrictiva; miedo a la intimidad e información sexual inadecuada o llena de mitos sexuales.⁵⁰¹

Como se puede apreciar, a pesar de la diferencia en las clasificaciones, ambos autores coinciden en ciertos aspectos como causas de disfunciones sexuales, por ejemplo, el abuso sexual y la educación sexual restrictiva o inadecuada así como la falta de ésta. Esto me lleva a afirmar que la falta de protección de los derechos sexuales y reproductivos, uno de los cuales es la educación sexual, tiene repercusiones en la vida y desarrollo personal de los individuos, negándoles un desarrollo personal pleno y saludable.

⁵⁰⁰ Cfr. SANTOS Villarreal Gabriel Mario y Richard Muñoz María Paz, op. cit. pp. 40 y 41

⁵⁰¹ *ibidem* pp. 42 a 46

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y PROPUESTA

En el último capítulo se integrarán las conclusiones generales de los capítulos anteriores y conclusiones específicas de ciertos temas de relevancia para la propuesta planteada.

De igual manera, se presentará la solución planteada, enunciando los lineamientos necesarios para la elaboración de un ordenamiento jurídico.

4.1 CONCLUSIONES GENERALES

4.1.1 CONCLUSIONES CAPÍTULO I

Como se estudió, los conceptos y desarrollo en torno a los derechos sexuales y reproductivos han estado en constante cambio; a pesar de que aspectos como la reproducción han estado presentes desde el inicio de la historia del ser humano, todavía no existe una protección efectiva de los mismos.

Como se puede ver, la sexualidad involucra un conjunto de acontecimientos históricos, sociales, culturales, políticos y económicos que regulan las prácticas de naturaleza sexual y el tipo de sujeto sexual que debe predominar y sus características. Las diversas culturas interpretaron y regularon la sexualidad y reproducción de acuerdo a sus necesidades durante las diferentes épocas, imponiendo, restringiendo o fomentando ciertas conductas, lo cual ha representado una violación a los derechos sexuales y reproductivos al influir y manipular decisiones personalísimas impidiendo un verdadero ejercicio de libertad.

En el caso mexicano, las restricciones impuestas desde la época colonial siguen vigentes en el pensamiento colectivo de la sociedad limitando el acceso a un ejercicio pleno de la sexualidad y la reproducción.

Sin embargo, hemos avanzado poco a poco, el progreso sobre la concepción y alcance de los derechos sexuales y reproductivos se debió a procesos y luchas sociales complejas y largas, las cuales necesitaron la cooperación entre la sociedad civil y la voluntad de los Estados.

Lamentablemente, en los últimos años, hemos vivido bajo una visión paternalista respecto a la sexualidad en donde se ha establecido que se debe cuidar y proteger a las personas de los peligros involucrados con la sexualidad, instruirlos sobre lo que está bien o mal, en mi opinión, se debe cambiar este enfoque para pasar a la libre determinación de las personas y la decisión informada: se debe permitir que las personas puedan decidir sobre su sexualidad de acuerdo con sus propios intereses y plan de vida, no se debe proteger a las personas, se deben proteger sus derechos.

Asimismo, otro cambio que considero importante incorporar en la cultura sobre la sexualidad es una atención a todas las poblaciones, la mayoría de los instrumentos están dirigidos a jóvenes y adolescentes, otros hacia mujeres, unos más incluyen a la comunidad LGBTTTIQ+, algunos otros se enfocan en la infancia, sin embargo, todas las

personas ejercen, a su manera, su sexualidad; la sexualidad está presente en todas las etapas del ser humano (infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez), tanto de hombres, mujeres y personas no binarias.

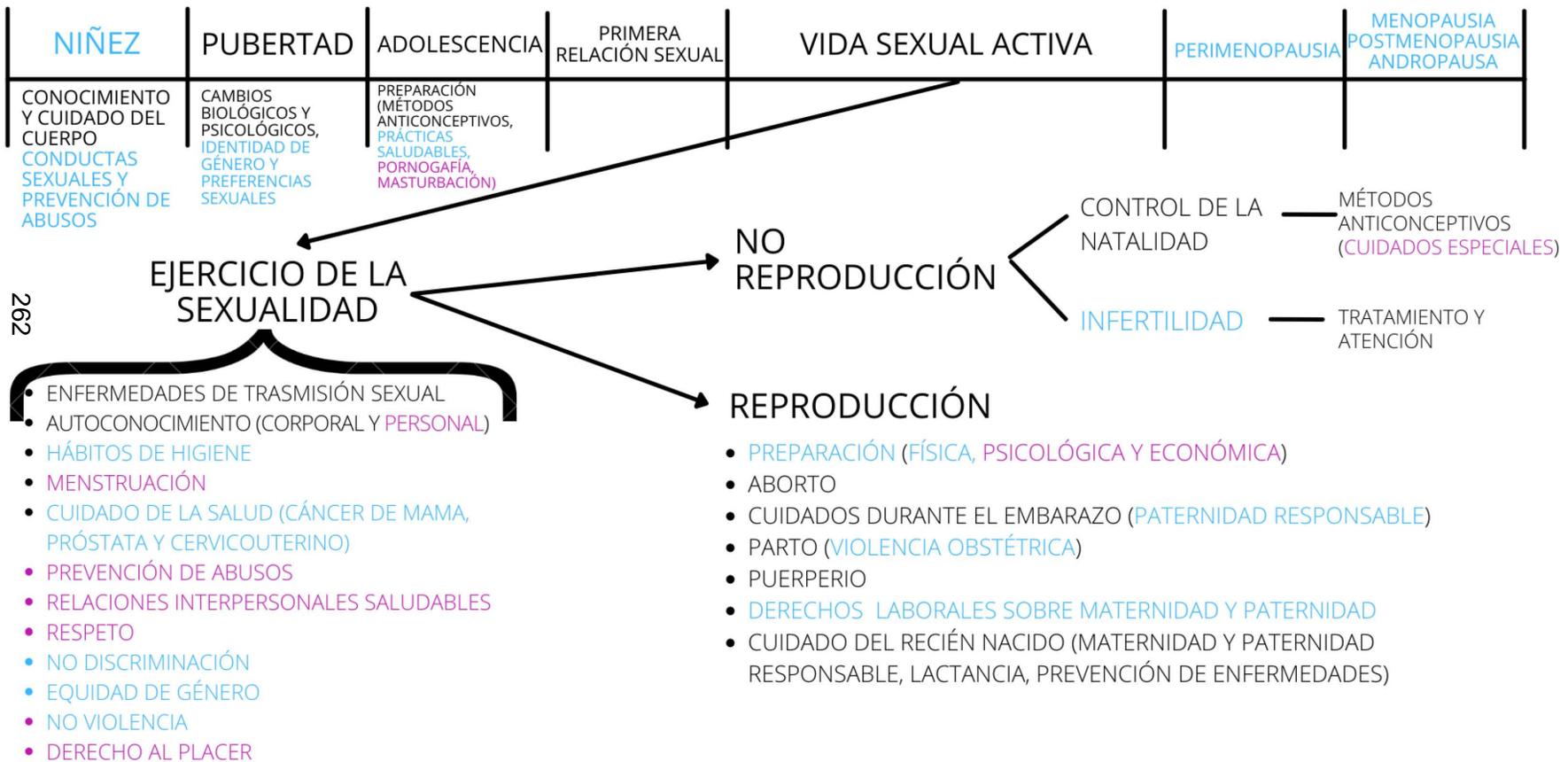
Aunque las características biológicas de las mujeres pueden solicitar mayores atenciones, quisiera resaltar que involuntariamente se ha excluido a los hombres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Por último, en mi concepción, una visión integral de los temas sexuales no se limita a cuestiones reproductivas ni se enfoca en un sólo rango de edad, por ello elaboré un esquema que permite visualizar la sexualidad en términos más amplios, y enuncia los aspectos relevantes a tratar.

Se resalta en color azul, los temas poco aplicados o que se han tratado como un tema aparte y que se deben fomentar en mayor medida.

Por otro lado, en color morado, se distinguen los temas casi olvidados o no contemplados.

VISIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD



En primer lugar, contempla todas las etapas de la vida de una persona, desde la niñez hasta la vejez, cada una de estas etapas deben ser analizadas desde los cuatro holones de la sexualidad: erotismo, afectividad, género y reproductividad. Sin embargo, en ciertas etapas sobresalen temas de un holón en particular.

Durante la niñez se deben tomar en cuenta las conductas sexuales de los infantes y orientarlas hacia el respeto, es importante no evitar contestar las preguntas que puedan tener los niños y explicarlas de manera sencilla y respetuosa, sin insinuar que es malo o sucio; también es importante considerar que los niños y niñas están conociendo el mundo y tienen curiosidad por lo que les rodea y cómo funciona, y el tipo de respuesta que se le brinde definirá de manera significativa su concepción sobre estos temas. En esta etapa también es necesario enseñar cómo prevenir los abusos, a conocer su cuerpo, a cuidar su cuerpo, a respetar el de los demás, y no afianzar roles de género o discriminación por estas cuestiones.

Por otro lado, hablando de sexualidad, es importante tratar por separado la pubertad y la adolescencia.

Durante la pubertad se instruye sobre los cambios biológicos y psicológicos que ocurren, en esta etapa es importante reforzar la no discriminación y el respeto a la identidad de género y preferencias sexuales.

Por otro lado, durante la adolescencia se ha prestado atención en la educación sobre métodos anticonceptivos, asimismo, se debe educar sobre masturbación, relaciones interpersonales saludables y prácticas sexuales saludables y recomendables.

Otro tema que se debe incluir en esta etapa es la pornografía, poco se ha hablado de ella, lo cual podría ser muy extenso, sin embargo, es importante considerar que la pornografía ha sido la manera en que muchos adolescentes han aprendido sobre sexualidad y es necesario aclarar que cualquier tipo de violencia o la falta de voluntad de cualquiera de las partes involucradas no se debe permitir, por lo que la pornografía en sí no se debe prohibir o clasificar como algo incorrecto.

Existe un acontecimiento que marca un antes y después en el tema que nos ocupa y es la primera relación sexual, este acontecimiento no tiene una edad exacta ni precisa, sin embargo, lo común es que suceda durante o después de la adolescencia.

Después de este evento inicia la vida sexual activa, la cual contiene diversos temas a resaltar.

En primer lugar, para el ejercicio de la sexualidad se necesitan abordar los siguientes temas:

Respecto a temas relacionados con el aspectos físicos y biológicos, se debe saber autoconocimiento corporal y personal (gustos y preferencias), sobre enfermedades de transmisión sexual, prácticas sexuales saludables, hábitos de higiene y cuidado de la salud como la prevención y atención del cáncer de mamá, próstata y cervicouterino, así como cuestiones relacionadas con la menstruación digna.

Por otro lado, se debe tratar la prevención de abusos, el fomento a las relaciones de pareja sanas, el respeto, la no discriminación, la equidad de género, la no violencia y el derecho al placer.

Ahora bien, durante el ejercicio de la sexualidad se pueden dar dos supuestos: la reproducción y la no reproducción ya sea voluntaria a través del uso de métodos anticonceptivos o involuntaria por algún problema de infertilidad.

Respecto a la no reproducción voluntaria, es decir, el control de la natalidad, se debe saber sobre los diferentes métodos anticonceptivos, la manera correcta de usarlos, complicaciones, advertencias, grado de efectividad y si existen cuidados especiales para alguno de ellos.

Por otro lado, la no reproducción involuntaria derivada de problemas de fertilidad debe ser contemplada y atendida en los servicios de salud.

Respecto a la reproducción, la preparación sería lo más recomendable, no solo para las parejas que tienen problemas de fertilidad sino para todas las parejas que deseen procrear; las parejas deberán prepararse físicamente y contar con una adecuada salud, de igual manera deberán prepararse psicológica y económicamente ya que a partir de la reproducción no sólo se crea una nueva vida sino una nueva responsabilidad y las parejas deberán saber cuáles serán las implicaciones.

Es importante considerar que la gestación puede ser interrumpida, voluntaria o involuntariamente, en cualquiera de los casos, se debe atender física y psicológicamente a las personas que abortan y prevenir que no vuelva a suceder. Cabe precisar que el aborto es un derecho y una necesidad de muchas mujeres, pero en ningún caso se debe recomendar como práctica de planificación familiar.

Durante el embarazo se deben enseñar y practicar los cuidados necesarios para el correcto desarrollo y atención del feto y de la madre, de igual manera se debe promover la participación de los hombres en este proceso.

Para el momento del parto se deben considerar los derechos dirigidos a evitar la violencia obstétrica.

Después del parto, en el periodo de puerperio también se debe brindar la atención y cuidados necesarios.

Aunque este tema se ha estudiado como parte del derecho laboral, las prestaciones y licencias de maternidad y paternidad deben considerarse como parte de los derechos reproductivos.

También se debe brindar información y recomendaciones sobre el cuidado del recién nacido, la realización de exámenes para prevenir enfermedades, fomentar la lactancia materna y la maternidad y paternidad responsable.

Para finalizar el tema de la reproducción, es importante contemplar que, debido al avance tecnológico, el proceso reproductivo puede tener variantes, por ejemplo: la inseminación artificial, la fecundación in vitro, el alquiler de vientre, entre otros.

Por otro lado, se debe considerar que la posibilidad de procrear tiene un fin, para el caso de las mujeres, inicia con la perimenopausia, al respecto, se debe informar sobre los síntomas, cuidados, atenciones y brindar apoyo psicológico cuando se requiera.

Como se estudió, la menopausia es un momento, después inicia el periodo postmenopáusico y en el caso de los hombres, la andropausia, en estos periodos se debe atender a las personas física y psicológicamente, es importante comprender que su capacidad de reproducción termina, pero no su capacidad para ejercer su sexualidad.

4.1.2 CONCLUSIONES CAPÍTULO II

Como se lo planteé en el capítulo, existen prácticas en otros países que se podrían implementar en México para mejorar las condiciones del ejercicio de los sexuales y reproductivos.

Por ejemplo, la pelea por la ampliación y protección de los derechos sexuales y reproductivos dentro de los tribunales en Argentina, en donde se peleó el acceso a cirugías anticonceptivas en instituciones públicas de salud.

Aunque en las instituciones de salud en México se tiene acceso a métodos anticonceptivos de este tipo (vasectomía y salpingoclasia), el ejemplo argentino va sobre la búsqueda de mayor protección y alcance de los derechos sexuales y reproductivos, es decir, la sociedad mexicana puede emplear este método para exigir este tipo de derechos en los tribunales, como se hizo con el acceso al aborto.

Cabe resaltar que el fin último no es llegar a los tribunales, sino que sus resoluciones marquen la pauta para establecer un ordenamiento jurídico claro que contemple los derechos exigidos. Con el ejemplo argentino podemos establecer esta ruta como estrategia para la búsqueda de mayores derechos, mayor alcance y mejor aplicación de los derechos sexuales y reproductivos.

El caso de Colombia fue una excusa para poder visualizar el problema de la infertilidad o la dificultad para poder concebir y con ello exigir la atención de situación como un derecho reproductivo, se puede afirmar que la protección del derecho a la libertad reproductiva implica obligaciones para el Estado, en este caso, la atención y realización de los estudios necesarios para que las parejas puedan procrear.

Lo que puedo resaltar de la India es su programa Misión Nacional de Salud Rural y los servicios que contempla, sobre todo porque es importante dar atención especial a las comunidades rurales, la cual debe ser completa y de calidad.

Para finalizar con los ejemplos de otros países, el caso Polaco al igual que el argentino marcan una ruta para la búsqueda de derechos, para este caso, la estrategia fue buscar el apoyo de tribunales internacionales que pueden tomar como referencia criterios de legislaciones de otros países en donde la protección de los derechos sexuales y reproductivos es más amplia.

Por otro lado, en relación con la legislación mexicana relacionada con los derechos sexuales y reproductivos, para empezar, la Constitución Mexicana sólo habla

sobre derechos reproductivos en el artículo 4to pero no se hace mención sobre los derechos sexuales, aunque se pueden inferir de otros derechos humanos como la libertad personal.

Por lo que se refiere a los derechos reproductivos, la Constitución establece que las personas deberán decidir el número y espaciamiento de sus hijos de manera libre, responsable e informada. Mi interpretación sobre este precepto es que estas características se encuentran estrechamente vinculadas, la decisión no podrá ser libre si está basada en falsos supuestos o vicios, por ello deberá estar debidamente informada.

Considero que no se han aplicado correctamente estos preceptos constitucionales pues la decisión de las personas no ha sido libre si la información que se ha recibido ha estado inclinada a ciertas posturas, ejemplo claro es el eslogan de la campaña publicitaria de hace algunos años “la familia pequeña vive mejor”; o la promoción de los métodos anticonceptivos sin la debida información. Tampoco si la información ha sido incompleta o tardía, por incompleta me refiero a que han sido olvidados temas como la masturbación, la pornografía, entre otros, y tardía porque la mayoría de los temas relacionados con la sexualidad se revisan hasta la adolescencia.

En mi opinión, la característica de ser una decisión informada representa una obligación para las personas, pero principalmente para el Estado, el Estado debe garantizar que las personas reciban una información completa sobre la reproducción y de esta manera las personas podrán tomar una decisión responsable, el trabajo del gobierno no debe ser controlar, sólo informar para que las personas puedan tomar decisiones racionales.

Por otro lado, en las leyes federales y locales se encuentran contemplados ciertos derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, considero que si bien existe cierta protección, esta protección se encuentra dispersa y es desigual e inconstante en las diferentes entidades de la República, prueba de ello va desde la denominación del capítulo en las leyes de salud y educación, hasta los servicios que comprenden o la consideración que se da.

No existe un documento legal que comprenda o enuncie como tal a los derechos sexuales y reproductivos, lo más cercano a esto es la cartilla de los derechos sexuales y reproductivos basada en los derechos humanos protegidos en la Constitución y otros instrumentos legales, pero no constituye un ordenamiento jurídico ni tiene vinculación alguna.

Cambiando de tema al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos fuera de los instrumentos legales, por lo que concierne al Plan Nacional de Desarrollo, sus programas sectoriales y programas de acción específicos, la visión de los derechos sexuales y reproductivos en estos documentos es bastante completa debido a que integra elementos como perspectiva bioética y de género, servicios amigables, sexualidad saludable, elegida y libre de violencia, en un marco de derechos humanos.

Sin embargo, las intenciones no se pueden quedar en estos documentos y tener el riesgo de que en el siguiente sexenio se cambie de visión, por lo que considero necesario que, así como se demuestra la intención de mejorar las condiciones relacionadas con la sexualidad y la reproducción en estos documentos, se debe plasmar también en un documento sólido que perdure más allá de un sexenio.

Por otro lado, la revisión de temas sexuales y reproductivos en los planes de estudio y libros de texto de la educación básica en México no es suficiente y su aplicación comprende un cumplimiento muy vago de lo establecido en la Constitución, la Ley General de Educación y las leyes locales. Los temas y la información contenida en los libros de texto no brindan herramientas a los estudiantes para la protección ni identificación de sus derechos sexuales y reproductivos, tampoco se estudia como parte de un estilo y plan de vida.

Por último, quisiera destacar la importancia que ha tenido el trabajo de las organizaciones civiles en México y en el mundo, pues a través de sus actividades se ha podido avanzar en temas como el aborto, equidad de género, no discriminación, entre muchos otros, han contribuido al trabajo de las organizaciones públicas y con ello se han potencializado los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Las organizaciones civiles viven día a día y trabajan directamente con la población, conocen sus necesidades, sus inquietudes y sus problemas de primera mano, por ello considero que se les debe prestar más atención e impulso, a pesar de que la colaboración con las ONG's está prevista en los programas sectoriales y en los programas de acción específicos, no se ha especificado la manera en que se puede dar esta colaboración así que esta opción es muy abierta y sin un adecuado respaldo. Por ello es necesario reforzar los procedimientos y formas de colaboración y que estas no sean esporádicas.

4.1.3. CONCLUSIONES CAPÍTULO III

Considerando lo expuesto en el capítulo 3, la falta de protección de los derechos sexuales y reproductivos genera diferentes problemas a la población en lo individual y para el Estado.

Varios de estos problemas pueden prevenirse a través de divulgación de información y de la educación sexual, por ejemplo, el abuso sexual infantil, el embarazo adolescente, el aborto inducido, las infecciones de transmisión sexual, violencia y discriminación de género, y problemas de desarrollo personal.

Sin duda, esta educación debe estar acompañada de la prestación adecuada de los servicios de salud como la provisión de métodos anticonceptivos, medicamentos y atención general de salud.

4.2 CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

Existen temas que, a mi consideración, se deben tratar por separado debido a su importancia, ese es caso de la equidad de género y la educación sexual.

EQUIDAD DE GÉNERO

A lo largo de los años, la tendencia sobre los derechos sexuales y reproductivos se ha inclinado hacia las mujeres. La mayoría de las luchas sobre estos derechos han sido luchas feministas y algunas otras de la comunidad LGBT.

El papel de los hombres ha sido muy limitado y poco estudiado, en ese sentido, María Silvia cuestiona si los hombres se encuentran en la misma condición que las mujeres y si deben promoverse esos derechos también para ellos.⁵⁰² Ante esta interrogante, opino que los hombres no han sufrido las mismas violaciones a los derechos reproductivos que las mujeres pero si se han violado sus derechos, se les ha excluido de estos temas, se les ha cuestionado por opinar y se ha limitado su participación y eso, para mi, también es una violación a sus derechos. Reconocerlos como beneficiarios de los derechos reproductivos conlleva a que también sean sujetos de las obligaciones que implica la reproducción, los hombres son parte del proceso biológico reproductivo y también deben ser parte de las consecuencias de la reproducción. Se debe promover e impulsar el papel del hombre como padre y cuidador, cuyas tareas van más allá de la parte económica.

En mi opinión, no sólo se debe incluir a los hombres en las dinámicas sobre derechos reproductivos, sino que también deben estar contemplados en los derechos sexuales, sobre todo en la educación sexual ya que, por ejemplo, para evitar la violencia sexual no solo hay que enseñar a las mujeres a identificarla y evitarla, sino también a los hombres a no practicarla.

Es importante involucrar a los hombres en la educación sobre equidad de género, enseñarles sobre las distintas manifestaciones de la masculinidad libre de violencia.

Se debe fomentar la igualdad y equidad de género, sensibilizar acerca de los estereotipos que afectan tanto a las mujeres como a los hombres.

También se debe abrir el diálogo sobre el sexo entre las parejas y entre los mismos hombres, fomentar la comunicación sobre el tema.

EDUCACIÓN SEXUAL

La educación sexual resulta ser un elemento fundamental para el ejercicio de los derechos reproductivos.

La frase antes citada el primer abuso sexual es no proporcionar la educación sexual considerando el mundo de hoy⁵⁰³, es clara, ocultar y prohibir la información sobre

⁵⁰²Cfr. ROSALES y Villaverde, op. cit. p.47

⁵⁰³HERNÁNDEZ Haddad Vicenta, op. cit. p. 8

educación sexual es un abuso, el cual viola los derechos establecidos en los tratados internacionales y en la Constitución.

Como lo mencioné anteriormente, la educación sexual es un requisito para poder ejercer el derecho a decidir de manera libre el derecho contemplado en el artículo 4to constitucional y en los tratados internacionales y debe ser exigido para todos los sectores de la población. Y como menciona Josefina Cortés Campos “nadie puede ejercer deliberada y racionalmente la autonomía si no tiene la información adecuada”.⁵⁰⁴

Sin embargo, no se trata de sólo brindar la información sino promover una formación en educación sexual, informar no es educar, debe existir una apropiación y reflexión de la información que se está exponiendo. No es que esté implícito el derecho de obtener información, sino que es una condición para que se ejerza el derecho a la salud reproductiva, la cual debe ser facilitada por el Estado para garantizar, de esta manera, un verdadero ejercicio del artículo 4to constitucional.

La normatividad relacionada a este tema en específico establece diferentes supuestos.

En primer lugar, la mayoría de las legislaciones en materia de educación de las Entidades Federativas no contemplan la participación de la Secretaría de Cultura y la Secretaría de Educación respecto a la salud sexual y reproductiva, sin embargo, existen disposiciones que facultan a las autoridades educativas locales lo siguiente:

En la Ciudad de México puede proponer a la Autoridad Educativa Federal los contenidos de los planes y programas para la educación sexual integral y reproductiva que implica el ejercicio responsable de la sexualidad, la planificación familiar, la maternidad y paternidad responsable, la prevención de los embarazos adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual; así como para la prevención y detección temprana del virus del papiloma humano, del cáncer de mama y del cáncer cervicouterino (artículo 9 fracción IX).

En Guerrero puede opinar sobre el contenido de los planes y programas de estudio respecto a la educación sexual integral y reproductiva que implica el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar, la maternidad y la paternidad responsable, la prevención de los embarazos adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual. En Colima, además de lo anterior agrega la prevención y detección temprana del virus del papiloma humano, del cáncer de mama y del cáncer cervicouterino (artículo 58 fracción X).

Y dentro de los fines que persigue la educación en Morelos se encuentran: crear conciencia sobre los valores morales, la sexualidad y prevenir sobre los perjuicios que causan a la persona y a la sociedad las conductas delictivas; y promover una cultura de respeto e inclusión, así como de no violencia y no discriminación contra las personas por su orientación sexual a través de talleres de sensibilización y Derechos Humanos.

⁵⁰⁴ALATORRE, Alcayde, Amezcuca, et. al. op. cit. p. 675

Por otro lado, en las acciones de promoción de la salud escolar se menciona en el apéndice A Normativo de la NOM 009 SSA2 2013 Promoción de la Salud Escolar, que el personal de salud debe instrumentar la estrategia de educación para la salud y desarrollo de competencias mediante las siguientes acciones universales:

A.1.3 La educación para la salud y el desarrollo de competencias debe favorecer las acciones para:

- Promover la salud sexual responsable y protegida.
- Lograr un desarrollo emocional saludable, un proyecto de vida y prevenir la violencia, las conductas adictivas y el abuso sexual infantil.

A.1.4 Impulsar conocimientos y prácticas saludables de acuerdo a las condiciones y necesidades locales, mediante la realización de talleres y materiales educativos específicos, considerando a la población vulnerable y los padecimientos locales.

A.1.5 Elaborar guías, libros y material didáctico audiovisual, dirigidos a la población escolar de los tipos: básico, medio-superior y superior, acerca de los determinantes de la salud escolar.

A.1.6 Participar en la actualización de los contenidos de los libros de texto gratuitos que abordan los determinantes de la salud.

Sin embargo, a pesar de la legislación existente, los libros de texto no desarrollan los temas sobre educación sexual, se mencionan de manera general pero no cumplen con lo establecido en los planes y programas de estudio.

Si bien es cierto que actualmente las escuelas cuentan con educación sexual, ésta no ha dado los resultados esperados y es objeto de varias críticas, por lo que surge la necesidad de cambiar de estrategia, Paola Bergalo propone que se implementen campañas más innovadoras desarrolladas por diversas instituciones, entre ellas las escuelas, organizaciones comunitarias y medios, estas campañas deberían fomentar las capacidades para la toma de decisiones durante la adolescencia, alentar a los hombres a ser responsables en las relaciones sexuales y promover que los adolescentes desarrollen la habilidad de resistir las presiones de una relación sexual no consentida o un embarazo no planeado ni deseado.⁵⁰⁵ Respecto a esta propuesta considero que sí es necesario integrar a distintos actores como organismos de salud, educativos, organizaciones de la sociedad civil y grupos juveniles, pero considero que, sin dejar de lado los servicios de salud ni el trabajo de las organizaciones civiles, se debe priorizar esta educación en las escuelas.

El enfoque de la educación sexual que propongo va encaminado en el mismo sentido que lo mencionado por Paola Bergalo pues se basa en el principio de libertad de decisión, no pretende imponer una manera de actuar, sino por el contrario, favorecerá la reflexión de los temas y con ello permitirá la toma de decisiones basada en la información científica.

⁵⁰⁵Cfr. BERGALO, Paola (compiladora), op. cit. p. 101

La educación sexual debe ser entendida como un ejercicio y una práctica de libertad, pero al mismo tiempo debe favorecer el ejercicio de la responsabilidad para asumir los riesgos que conlleva; por ello es indispensable no subestimar a la población y no asumir responsabilidades diferentes de los propios espacios de decisión.⁵⁰⁶

El método que considero más adecuado para brindar una educación es a través de la consejería en salud sexual y reproductiva mencionada por María Silvia Villaverde, la cual puede realizarse no solo en las escuelas sino también en los centros de salud, entendiendo que la consejería

es un proceso de diálogo activo entre quien orienta y quien solicita la prestación en un marco de respeto a sus derechos, privacidad y confidencialidad. La sexualidad humana es un proceso de construcción gradual que integra elementos biológicos, sociológicos y culturales, mediante el cual cada persona incorpora y elabora un conjunto de pautas, expectativas, conocimientos, creencias, valores, normas y actitudes que regulan el ejercicio de dicha sexualidad. En este proceso continuo de construcción se pueden diferenciar dos aspectos básicos:

a) todo lo relacionado con la información y el conocimiento sobre lo sexual y

b) factores externos que inciden en las actitudes y las prácticas.⁵⁰⁷

Siguiendo la propuesta, para ser consejero se necesita contar con las siguientes características:

-Evitar una connotación paternalista o autoritaria, ya sea encubierta o manifiesta.

-Tener en cuenta que asesorar u orientar implica ofrecer un máximo de posibilidades de elección, sobre la base de informaciones fidedignas y no tendenciosas.

-Respetar al otro/a como ser humano que opina, cree, disiente, acuerda y que cuenta con información propia.

-La actitud de los consejeros debe ser flexible y tolerante, debe ser capaz de adaptarse al cambio y tener un amplio criterio frente a las diversidades sociales.⁵⁰⁸

La implementación de la consejería sexual y reproductiva en el sector educativo es una propuesta bastante utópica, ya que no habría personal suficiente para atender a cada alumno de manera personal, sin embargo, los planteles deberán contar con al menos un consejero para atender personalmente a los alumnos que, a consideración de los docentes o a petición de los propios alumnos, deberían recibir la atención personalizada.

Además, los planes educativos deberán desarrollar un programa que permita a los adolescentes reflexionar sobre los temas relacionados con la sexualidad, el texto de estos planes debe, en la manera de lo posible, cumplir con los principios mencionados.

La consejería sexual y reproductiva si puede implementarse en el sector salud ya que la atención al paciente se realiza de manera personal, dentro de la promoción de la

⁵⁰⁶Cfr. ORTIZ-ORTEGA (coord.), op. cit. p. 179

⁵⁰⁷ROSALES y Villaverde, op.cit. p.109

⁵⁰⁸*ibidem* p. 110

salud debe contemplarse la obtención de información y asesoría que permita el cuidado de la salud, a través de un proceso de aprendizaje en el ejercicio de la libertad.

La educación sexual integral debe abstenerse de establecer una conducta sexual o reproductiva específica, por el contrario, deberá brindar la información necesaria para que las personas puedan decidir de manera informada lo más apropiado de acuerdo con su propio plan de vida.

A través de la educación se podrá ampliar el panorama y ejercicio de derechos y libertades relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

La educación sexual debe ser para niños, niñas, adolescentes, hombres y mujeres. Especialmente hablando sobre educación sexual en edades tempranas, se debe entender que los niños y adolescentes son capaces de comprender, razonar, aportar y decidir sobre cuestiones de educación sexual. Se debe dar una comunicación no lineal, los niños y adolescentes son muy inteligentes y capaces de aportar y retroalimentar lo que los servicios de salud y educación pretenden enseñar. La educación sexual permite la construcción saludable de conceptos sobre la sexualidad, durante la infancia y la adolescencia, lo que conformará las bases de la sexualidad adulta.

Cabe resaltar que los servicios de salud y educación serán una guía para los niños y adolescentes, pero al final son ellos los que tomarán las decisiones. No se trata de decirles qué hacer, sino presentarles los escenarios y que ellos elijan de acuerdo a sus intereses y necesidades.

Por medio de la educación sexual se otorgará fuerza y fundamento a las decisiones personales relacionadas con el ejercicio de su sexualidad, y de esta manera, se estaría ejerciendo completamente el derecho contemplado en el artículo cuarto constitucional.

JUSTIFICACIÓN PARA LA CREACIÓN DE UN ORDENAMIENTO JURÍDICO

De lo presentado a lo largo de este estudio se puede afirmar que el respeto de los derechos sexuales y reproductivos no sólo se refiere a la obligación del Estado a no interferir en las decisiones de las personas en estos temas, sino que implica el deber del Estado a realizar acciones que garanticen el ejercicio pleno de esos derechos.

Como lo expuse en el capítulo II, existen diferentes ordenamientos jurídicos, nacionales e internacionales, leyes generales, leyes locales y normas oficiales mexicanas. Sin embargo, los derechos sexuales y reproductivos se encuentran dispersos y no están homologados.

En el caso de las normas oficiales mexicanas, se establece que son de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, pero por la naturaleza de este tipo de ordenamiento, el sector hacia el que va dirigido es muy reducido y son las áreas en materia de salud las que conocen la normatividad, sin embargo, no se involucra al sistema educativo ni a organizaciones sociales diferentes a los laboratorios. Considero que la regulación de los temas relativos a los derechos sexuales y reproductivos debe

estar en un ordenamiento jurídico de mayor jerarquía dirigida a instituciones públicas (no solo al sector salud), privadas (hospitales, laboratorios, organizaciones de la sociedad civil, escuelas privadas, entre otros) y a la población en general.

Por otro lado, opino que el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes es un documento que conjunta los derechos sexuales y reproductivos y establece métodos para su aplicación y protección, sin embargo, este documento requiere mayor fuerza para que pueda aplicarse, que sea vinculatorio y no una guía.

Por lo anterior, si bien es cierto que existen ordenamientos diferentes que establecen la protección y ciertas garantías en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, considero que no es suficiente defender estos derechos de esta forma, sino que, es necesario un ordenamiento jurídico claro, que integre y proteja los derechos sexuales y reproductivos.

Al respecto y como justificación de esta propuesta, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo se estableció que cuando no existan, deben promulgarse leyes encaminadas para hacer frente a los problemas tratados en la Conferencia.

Asimismo, la Agenda 2030 contempla que se deberá garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Sumado a lo anterior dentro del Plan Nacional de Desarrollo en el Eje General 1 “Política y Gobierno”, la Estrategia Nacional de Seguridad Pública establece que se buscarán las reformas que permitan dotar de obligatoriedad legal, con sanción en caso de incumplimiento grave, a las resoluciones que se emitan respecto a los Derechos Humanos.

Por último, el epílogo del Programa Sectorial de Salud Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019- 2024 afirma que su objetivo es hacer efectivo el artículo 4o. constitucional a toda la población, lo cual asumen como principal eje para construir una noción clara de lo que se quiere conservar, lo que se debe desterrar y lo que es necesario construir en materia sanitaria.

Con este respaldo, considero que la creación de un instrumento jurídico que conjunte las características, conceptos y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, permitirá una mejor protección en el ejercicio de los mismos para el cumplimiento de las metas y objetivos planteados en instrumentos internacionales como la Agenda 2030 y en documentos nacionales como el plan nacional de desarrollo y sus planes sectoriales.

4.2 LINEAMIENTOS NECESARIOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN ORDENAMIENTO JURÍDICO

En primer lugar, el ordenamiento jurídico debe enunciar todos los derechos sexuales y reproductivos, estos derechos son retomados de las diferentes declaraciones, convenciones, legislación nacional, legislaciones locales, normas oficiales mexicanas, modelos de atención y las cartillas de derechos emitidas por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Derechos sexuales:

1. Derecho a la libertad, autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad.
2. Derecho a construir, decidir y expresar la identidad de género de forma libre.
3. Derecho a construir, decidir y expresar la orientación y preferencia sexual de forma libre. Esto incluye el derecho al cambio de sexo.
4. Derecho a vivir libre de discriminación en razón del sexo, género, estado civil u orientación sexual.
5. Derecho a la privacidad e intimidad sexual y a la confidencialidad de la información personal relacionada con la sexualidad.
6. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre el propio cuerpo y sexualidad de acuerdo con las facultades y desarrollo.
7. Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
8. Derecho a la equidad sexual, a vivir libre de prejuicios y estereotipos de género que limiten capacidades, prácticas y ejercicio pleno de los derechos.
9. Derecho a ejercer y disfrutar la sexualidad, de manera plena, segura y placentera, de acuerdo a las facultades y desarrollo y siempre y cuando se respete el derecho de las personas involucradas.
10. Derecho a la expresión sexual emocional y a establecer relaciones afectivas y sexuales, al noviazgo y a elegir estado civil.
11. Derecho a decidir y ejercer prácticas sexuales, elegir las diversas formas de relacionarse, elegir con quién compartir la sexualidad, emociones, deseos, placeres y/o afectos, de manera libre y autónoma.
12. Derecho a la libre asociación sexual, derecho a decidir de manera libre relaciones afectivas, eróticas y sociales.
13. Derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad, esta información debe estar disponible en las lenguas, sistemas, formatos y tecnologías acordes a los requerimientos de las personas con discapacidad.
14. Derecho a la educación sexual integral que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura de respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad, la educación sexual integral debe ser accesible para las

personas con discapacidad adecuada a las lenguas, lenguajes y recursos de acuerdo a sus requerimientos.

15. Derecho a la atención y protección a la salud sexual, los servicios de salud deberán ser amigables para niños y adolescentes, confidenciales, de calidad, oportunos y con pertinencia cultural.

16. Derecho a la integridad física, psicológica y sexual, a vivir libre de violencia o cualquier tipo de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

17. Derecho a la participación, consulta e incidencia en el diseño, implementación, evaluación y seguimiento de las políticas públicas sobre salud, sexualidad, reproducción y bienestar.

Derechos reproductivos:

1. Derecho a una vida reproductiva libre, responsable e informada. La responsabilidad de las parejas e individuos en el ejercicio de sus derechos reproductivos, consiste en tomar en cuenta las necesidades de sus hijos, vivos y futuros, y su solidaridad con los demás miembros de la comunidad, para dar lugar a un mayor bienestar individual y colectivo.

2. Derecho a reproducirse en todas las formas permitidas o no hacerlo.

3. Derecho a decidir cuándo, con quién y cuántos hijos tener, sin que la orientación sexual, estado de salud, identidad de género, edad, estado civil o cualquier otra condición o característica personal sea un impedimento para ello, teniendo en cuenta las facultades y desarrollo de la persona.

4. Derecho al acceso de servicios de planeación familiar, los cuales deben brindar un servicio completo que será amigable y entendido como un proceso de discernimiento, respetando en todo momento las decisiones personales.

5. Derecho a la obtención y protección de la salud reproductiva, con trato digno y libre de violencia, coacción o manipulación.

6. Derecho a la atención integral del embarazo, parto, puerperio y lactancia, con trato digno y libre de violencia.

7. Derecho a obtener educación e información científica, segura y actualizada para llevar a cabo una vida reproductiva segura y efectiva.

8. Derecho a ejercer la maternidad y paternidad.

Conceptos:

A. Calidad de servicios de planificación familiar: Se define como la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por el Sistema de Servicios de Planificación Familiar, y considera seis elementos: variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión, información que se proporciona a los usuarios, competencia técnica de los prestadores de servicios, relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios, mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y, un conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar.

B. Derechos reproductivos: aquellos derechos humanos relacionados a las decisiones sobre la propia vida reproductiva y la atención a la salud reproductiva.

C. Derechos sexuales: aquellos derechos humanos relacionados al ejercicio de la sexualidad, tanto en sus aspectos corporales como relacionales.

D. Educación sexual: requisito para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que se basa en el principio de libertad de decisión, no pretende imponer una manera de actuar, sino que favorecerá la reflexión de los temas y con ello permitirá la toma de decisiones basada en la información científica.

E. Metodologías participativas: métodos y enfoques activos que animan y fomentan que las personas se apropien del tema y contribuyan con sus experiencias. Los participantes contribuyen de forma activa al proceso de enseñar y de aprender en vez de recibir pasivamente la información de expertos de afuera, que en ocasiones pueden desconocer o no entender debidamente los temas locales.

F. Paternidad responsable: asumir los compromisos relacionados con la reproducción, entre estos compromisos se encuentran: acompañamiento y cuidado de la mujer embarazada, cuidados del recién nacido, convivencia, alimentación, educación, recreación, fomento de valores morales y proveer lo suficiente para el sano desarrollo físico, emocional y psicológico de los hijos.

G. Planificación familiar: planeación que permite determinar el número y espaciamiento de los embarazos de manera libre, responsable e informada, y se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

H. Salud sexual. Experiencia permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad que se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

I. Servicio Amigable: espacio o lugar donde se proporciona atención con calidad, considerando su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez, para contribuir a que tomen decisiones libres, responsables e informadas en materia de salud sexual y reproductiva. Se caracteriza porque la atención se proporciona por personal empático, sensibilizado y capacitado; en un clima de confidencialidad y privacidad, con trato digno, equitativo y respetuoso, sin discriminación de ningún tipo, respetando los derechos humanos, particularmente los sexuales y reproductivos, con perspectiva de género y considerando su pertenencia cultural.

J. Sexualidad: experiencia y práctica cultural que rebasa el ámbito privado, es el conjunto de acontecimientos históricos, sociales, culturales, políticos y económicos que regulan las prácticas de naturaleza sexual. Puede dividirse en reproductividad, erotismo, género y vinculación afectiva interpersonal.

K. Consejería:

Proceso de diálogo activo entre quien orienta y quien solicita la prestación en un marco de respeto a sus derechos, privacidad y confidencialidad. En este proceso continuo de construcción se pueden diferenciar dos aspectos básicos:

a) todo lo relacionado con la información y el conocimiento sobre la sexualidad y la reproducción y

b) factores externos que inciden en las actitudes y las prácticas.

Para ser consejero se necesita contar con las siguientes características:

a) Evitar una connotación paternalista o autoritaria, ya sea encubierta o manifiesta.

b) Tener en cuenta que asesorar u orientar implica ofrecer un máximo de posibilidades de elección, sobre la base de informaciones fidedignas y no tendenciosas.

c) Respetar al otro/a como ser humano que opina, cree, disiente, acuerda y que cuenta con información propia.

d) La actitud de los consejeros debe ser flexible y tolerante, debe ser capaz de adaptarse al cambio y tener un amplio criterio frente a las diversidades sociales.

El consejero deberá:

a) Establecer un diálogo ágil con el usuario potencial.

b) Observar, hacer preguntas relevantes y escuchar.

c) Estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, incluyendo los lineamientos para la identificación y referencia de los casos de infertilidad, factores de riesgo reproductivo, elementos del entorno sociocultural y familiar.

d) Saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual se auxiliará con material educativo adecuado.

e) Preservar el carácter privado y confidencial de la consejería en planificación familiar.

Durante la consejería, las personas menores de edad podrán ser acompañadas por un familiar o representante legal o manifestar que elige recibir los servicios de consejería sin acompañamiento a través del formato con los siguientes datos:

Por este medio, yo _____, del sexo femenino / masculino, de ___ años de edad, quiero manifestar mi elección de recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva SIN acompañamiento. El personal de salud me ha informado claramente que es mi derecho acceder a estos servicios, independientemente de mi edad, condición social, estado civil o cualquier otra característica.

Lugar y fecha:

Nombre y firma de la usuaria/o

Nombre y firma del consejero y personal de salud

En el supuesto anterior, quien otorgue la consejería, debe solicitar la presencia de al menos otro miembro del personal de salud durante el tiempo que dure la consejería.

Disposiciones Generales:

Por otro lado, el ordenamiento jurídico, deberá contemplar lo siguiente:

A. La atención, promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos deberá trabajarse de manera coordinada entre el sector salud, el sector educativo, la seguridad social y otros sectores destinados al bienestar de los individuos y de la familia.

B. Las y los prestadores de servicios del sector público deberán participar en el diseño y ejecución de programas educativos para la prevención y detección temprana de la violencia familiar o sexual, dirigidos a la población en general.

C. La información y los servicios de salud, educación y demás similares, que estén relacionados serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos públicos.

D. Todas las personas podrán gozar de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo, hombres, mujeres, niños, niñas, adolescentes, personas no binarias y personas con discapacidad.

E. El ejercicio del derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos está condicionado por las siguientes tres características:

De manera libre, la decisión deberá ser tomada sin que medie ningún tipo de coacción.

De manera responsable, implica la obligación de responder ante las posibles consecuencias futuras de la decisión tomada.

De manera informada, la decisión sólo puede tomarse libre y responsablemente, en la medida en la que se tenga la posibilidad de acceso a información seria, veraz y científica.

Este derecho puede ejercerse de dos formas: por reproducción natural, mediante cópula de hombre y mujer y; reproducción artificial, asistida o tecnológica, a través de inseminación artificial, fecundación in vitro, entre otros.

F. Se deberá prestar atención especial a las acciones sobre equidad de género y paternidad responsable, fomentando la participación de los hombres en las responsabilidades de la planificación de la familia, las labores domésticas, la crianza de los hijos, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la erradicación de la violencia.

G. Se considerarán como actos de discriminación los siguientes:

Negar o limitar información sobre derechos sexuales y reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas;

Negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios;

Realizar o promover violencia física, sexual, o psicológica, patrimonial o económica por la edad, género, discapacidad, apariencia física, forma de vestir, hablar,

gesticular o por asumir públicamente su preferencia sexual, o por cualquier otro motivo de discriminación;

Estigmatizar y negar derechos a personas con VIH/SIDA;

H. Con el fin de erradicar las diferentes formas de discriminación, se deberá: Impartir educación para la igualdad y la diversidad con metodologías participativas dentro del sistema educativo nacional;

Desarrollar políticas contra la homofobia, xenofobia, la misoginia y la discriminación por apariencia

Desarrollar políticas contra los estereotipos de género

I. Las políticas y programas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos deberán:

Promover estilos de vida saludables que incluyan el desarrollo de las responsabilidades compartidas al interior de las familias, desde la perspectiva de equidad de género, con el fin de lograr un desarrollo integral y mantener un ambiente familiar armónico y libre de violencia.

Promover la integración de grupos de promotores comunitarios y de redes sociales en materia de violencia familiar y sexual para informar, orientar, detectar y canalizar casos de violencia familiar o sexual, y promover el derecho a una vida sin violencia y la resolución pacífica de los conflictos, en coordinación con las dependencias competentes.

Promover acciones conjuntas para la prevención de la violencia familiar o sexual con autoridades comunitarias y municipales, así como con la sociedad civil organizada, el sector privado, especialistas en violencia familiar y sexual, entre otros, en coordinación con las dependencias competentes.

J. Se deberán implementar mecanismos y procedimientos claros y permanentes que fomenten la participación de las organizaciones de la sociedad civil con el sector salud y el sector educativo.

K. La educación sexual integral será obligatoria y se deberán preferir las metodologías participativas para su enseñanza.

L. La educación sexual estará dirigida a la población de todas las edades, de acuerdo a su desarrollo. Además, tomará distinguirá las categorías, erótica, afectiva, de género y reproductiva. De manera enunciativa y no limitativa, la educación sexual contemplará:

- a) Conocimiento y cuidado del cuerpo
- b) Conductas sexuales y prevención de abusos.
- c) Cambios biológicos y psicológicos durante la pubertad
- d) Identidad de género y preferencias sexuales.
- e) Métodos anticonceptivos
- f) Prácticas saludables.
- g) Pornografía

- h) Masturbación
- i) Enfermedades de transmisión sexual
- j) Autoconocimiento corporal y personal
- k) Hábitos de higiene
- l) Menstruación
- m) Prevención de cáncer de mama, cáncer cervicouterino y cáncer de próstata
- n) Relaciones interpersonales saludables
- o) Respeto, no discriminación, equidad de género y no violencia
- p) Derecho al placer
- q) Infertilidad
- r) Reproducción
- s) Planificación familiar desde los aspectos biológico, psicológico y económico.

t) Maternidad y paternidad responsables

Salud Sexual y Reproductiva

Debido a su importancia, el ordenamiento jurídico deberá contemplar un apartado especial dedicado a los servicios de salud sexual y reproductiva y sus características.

Servicios y derechos asociados al derecho a la salud sexual y reproductiva

Derechos:

1. Derecho a la salud menstrual.
2. Derecho al aborto, en los supuestos establecidos en la ley.
3. Durante el embarazo, parto y puerperio, la persona embarazada tendrá derecho a gozar de estabilidad en el empleo, cargo u ocupación que desarrolle, y no ser discriminada por el hecho de estar embarazada, a tener acceso al trabajo en las mismas condiciones que las mujeres no embarazadas y gozar de las semanas de descanso, en los términos de lo señalado por las leyes laborales.
4. Durante el embarazo, parto y puerperio, la persona embarazada tendrá derecho a ocupar cargos de elección popular o de designación en los órganos de gobierno local o federal, en igualdad de condiciones que lo hacen los hombres o mujeres no embarazadas.
5. Durante el embarazo, parto y puerperio, la persona embarazada tendrá derecho a recibir educación, por lo que no podrá restringirse el acceso de las personas embarazadas a los centros de educación pública o privada.
6. Derecho a recibir atención digna y de calidad.
7. Derecho a recibir atención sensible, acorde con su sistema de valores y creencias.
8. Derecho a conocer o consultar su historia clínica y solicitar copia de la misma.

9. Derecho a conocer el nombre y la preparación profesional o técnica de quien le administre un medicamento o le realice un procedimiento durante el embarazo, el parto y el puerperio.

10. Derecho a presentar quejas relacionadas a los servicios de salud y recibir la orientación necesaria para realizarlo.

11. Derecho a rechazar las prácticas y procedimientos que no se encuentren respaldados por evidencias científicas.

12. Derecho a elegir métodos no farmacológicos de alivio del dolor, debiendo recurrirse a los analgésicos o anestésicos sólo si éstos son requeridos por decisión médica para atender la exigencia del caso.

13. Derecho a un parto libre de violencia.

14. Derecho a decidir de manera libre e informada si el parto se llevará a cabo en forma natural, por intervención quirúrgica o a través de los distintos procedimientos establecidos en la práctica médica. Deberá otorgar su consentimiento por escrito, por sí o través de quien autorice para otorgarlo.

15. Derecho a decidir libremente sobre la conservación de las células madre del recién nacido, siempre que sea sin fines de lucro.

16. Derecho a tener contacto físico con el recién nacido después del momento del parto, si lo permite el estado de salud de ambos.

17. Derecho de ser acompañada por algún familiar, amistad o persona de su confianza en toda la atención materno-infantil.

La atención a la salud deberá contemplar: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios relacionados a la sexualidad y la reproducción.

El personal de salud debe actuar con respeto a derechos humanos, con perspectiva de género y sus servicios deben salvaguardar la intimidad, la confidencialidad, la inclusión y no discriminación, el respeto y el consentimiento libre e informado.

Servicios:

1. Atención, prevención y consejería sobre VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

2. Atención, prevención y consejería sobre cáncer cervicouterino, cáncer de mama y cáncer de próstata.

3. Información completa, comprensible y suficiente sobre métodos anticonceptivos, así como la consejería sobre este tema.

4. Acceso a métodos anticonceptivos, los cuales deben ser apropiados, seguros, efectivos, accesibles económicamente, y aceptados como consecuencia de una decisión informada, de acuerdo a sus necesidades e intereses particulares. Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, se deben efectuar los siguientes procedimientos:

1) Historia clínica completa que consta de un interrogatorio y un examen físico.

2) Valoración del riesgo reproductivo que implica:

Consejería, que garantice la selección plenamente informada de un método anticonceptivo, por el usuario/a.

Señalamiento de efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales, e indicaciones sobre el uso del método.

3) Seguimiento de los/las usuarios, para detectar oportunamente, embarazo, uso incorrecto del método y efectos colaterales.

4) Referencia a otra unidad de salud, cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método anticonceptivo seleccionado en el lugar de origen.

5) Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias que presten el servicio deberán responsabilizarse de que las y los usuarios reciban orientación adecuada para la adopción del método, así como de recabar su consentimiento a través de la firma o la impresión de la huella dactilar en los formatos institucionales correspondientes.

5. Atención de la perimenopausia, posmenopausia y andropausia.

6. Prevención y reducción de los daños a la salud ocasionados por violencia de género y violencia sexual.

7. Atención a víctimas de violencia sexual y de género, la cual se deberá brindar aun con la ausencia de responsables legales, se deberá anotar en el expediente clínico y lo rubricará el responsable del servicio.

Se deberá brindar anticoncepción de emergencia y aborto médico conforme a la legislación correspondiente. En todos los casos se deberá brindar, previamente a la intervención médica, información completa sobre los posibles riesgos y consecuencias del aborto, a efecto de garantizar que la decisión de la víctima sea una decisión informada. En esta situación también se deberá respetar la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería encargados del procedimiento. Sin embargo, las instituciones deberán contar con médicos y enfermeras capacitados en procedimientos de aborto médico no objetores de conciencia y si en el momento de la solicitud de atención no se pudiera prestar el servicio de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la usuaria a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura de atención con calidad.

Los prestadores de servicios de salud que otorguen atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia, deberán recibir periódicamente sensibilización, capacitación y actualización en la materia. Los contenidos a tratar en el proceso de sensibilización, capacitación y actualización serán:

1) Marco conceptual: género, violencia, violencia familiar y sexual, violencia contra las mujeres, derechos humanos (incluidos los sexuales y reproductivos), efectos de violencia en la salud, entre otros.

2) Marco jurídico: Elementos básicos del derecho civil, penal y legislación aplicable en materia de violencia familiar, sexual y de violencia contra las mujeres.

3) El análisis de factores asociados a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

4) Detección sistemática en las y los usuarios de servicios de salud para el reconocimiento de indicadores de maltrato físico, sexual y psicológico en los casos de violencia familiar o sexual.

8. Atención y prevención de infertilidad y esterilidad. Las parejas que soliciten atención primaria a la salud por esterilidad o infertilidad deben recibir información acerca de salud reproductiva, sexualidad y características del periodo fértil. El médico debe recabar, en las primeras consultas, la historia clínica de ambos integrantes de la pareja, con especial énfasis en la historia menstrual de la mujer, así como el registro de su temperatura basal durante dos ciclos.

9. Detección del riesgo preconcepcional

10. Prevención y atención del aborto y tratamiento de sus consecuencias.

11. Consejería e información completa, comprensible y suficiente sobre las opciones disponibles en relación con el embarazo, parto y crianza de hijos.

12. Consejería e información completa, comprensible y suficiente sobre beneficios y riesgos de los procedimientos, medicamentos y pruebas que se utilicen durante el embarazo, parto y puerperio.

13. Información detallada sobre lugares, profesionales y métodos disponibles para la atención del parto.

14. Información sobre eventuales afecciones que se conozca, o se sospeche que padece el producto del embarazo o el recién nacido.

15. Atención del embarazo, el parto y el puerperio, en consultas periódicas de vigilancia de embarazo, teniendo acceso a medicamentos, servicio de laboratorio, control de peso, orientación nutricional y complementos vitamínicos.

Durante las consultas, el personal de salud deberá:

1) Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.

2) Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se co responsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.

3) Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, proporcionar la oferta sistemática de éstos, así como establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico, de preferencia en el post-parto o post-aborto inmediato y antes del alta hospitalaria, para aquellas

mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo.

16. Fomento a la lactancia materna

17. Acceso al examen del Virus de Inmunodeficiencia Humana, a fin de prevenir afectaciones en los infantes desde su gestación, siendo confidencial el resultado de dicho examen. El acceso al diagnóstico de VIH deberá tener carácter de prioritario e inmediato.

En caso de que el examen de VIH resultara positivo, la mujer tendrá derecho a recibir la información necesaria para procurar su salud y prevenir la transmisión perinatal del VIH durante el embarazo, parto o cesárea y lactancia. Tanto ella como el infante tendrán acceso prioritario al tratamiento antirretroviral adecuado para su caso concreto.

18. Ayuda psicológica o psiquiátrica durante el embarazo y después del parto, en caso de embarazos no planeados, la atención podrá extenderse a los familiares cercanos cuando se trate de embarazo en menores de edad.

19. Atención del recién nacido y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna.

20. Promoción de la integración y del bienestar familiar, fomentando la paternidad responsable.

21. Diagnóstico oportuno de condiciones de salud del recién nacido y detección de enfermedades hereditarias y congénitas, incluyendo la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, prueba de salud visual y aplicación del tamiz cardiológico por oximetría de pulso para la detección de cardiopatías congénitas graves.

22. Prevención, detección oportuna y, en su caso, tratamiento de enfermedades en los recién nacidos prematuros, para prevenir la ceguera por retinopatía, la sordera y el retraso mental; para lo cual se realizará la revisión de la retina y la aplicación del tamiz ampliado.

23. Aplicación del tamiz oftalmológico neonatal, a la cuarta semana del nacimiento, para la detección temprana de malformaciones que puedan causar ceguera y prevenir su tratamiento, en todos sus grados.

BIBLIOGRAFÍA

A

1. ÁVILA-BURGOS et. al., Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2014 y 2015 y evolutivo 2003-2015. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud, 2017, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/411898/Cuentas_SR_2014_22_enero.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

B

2. BERGALO Paola (comp), Justicia, género y reproducción, Argentina, Librería, 2010

C

3. CABAL Luisa, et. al., *Cuerpo y derecho, legislación y jurisprudencia en América Latina*, Colombia, Editorial Temis, 2001

4. CENTRO Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes, Segunda edición, México, 2016, disponible en <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/cartilla-de-derechos-sexuales-de-adolescentes-y-jovenes-121339> última revisión el 27 de mayo de 2022

5. CENTRO Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Cartilla Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad, 23 de abril de 2019, disponible en <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/cartilla-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-personas-con-discapacidad> última revisión el 27 de mayo de 2022

6. CENTRO Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Decálogo de Acciones para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 25 de septiembre de 2018, disponible en <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/decalogo-prevencion-del-embarazo> última revisión el 27 de mayo de 2022

7. CENTRO Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México, 14 de junio de 2021, disponible en <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667> última revisión el 27 de mayo de 2022

8. CENTRO Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, Biblioteca “Francisco Galván Díaz”, disponible en <https://www.gob.mx/censida/acciones-y-programas/biblioteca-del-censida> última revisión el 27 de mayo de 2022

9. CENTRO Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, Boletín de Atención Integral de Personas con VIH, disponible en <https://www.gob.mx/censida/articulos/boletin-de-diagnostico-y-tratamiento-antirretroviral-censida?idiom=es> última revisión el 27 de mayo de 2022

10. CENTRO Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, Guías y Manuales, disponible en <https://www.gob.mx/censida/es/articulos/guias-y-manuales-censida?idiom=es> última revisión el 27 de mayo de 2022

11. CHOUZA Paula, *Polonia declara inconstitucional el aborto por malformación fetal*, Madrid, El País, 22 de octubre de 2020, disponible en <https://elpais.com/sociedad/2020-10-22/polonia-declara-inconstitucional-el-aborto-en-caso-de-malformacion-fetal.html> última revisión el 27 de mayo de 2022

12. CLAVI Bettina, *Efectos Psíquicos del Abuso Sexual en la Infancia* (Tesis de doctorado), Argentina, Universidad Nacional de Rosario, 2004, disponible en <https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/10910/Bettina%20Calvi%20-%20Tesis.pdf?sequence=3&isAllowed=y> última revisión el 27 de mayo de 2022

13. COMISIÓN de Alto Nivel, *Informe Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*, Washington D.C., 2019, disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y última revisión el 27 de mayo de 2022

14. COMISIÓN Ejecutiva de Atención a Víctimas, *Cartilla de Derechos de las Víctimas de Violencia Sexual Infantil, Segunda Edición*, México, 2016, disponible en <http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/cartilla.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

15. COMISIÓN Nacional de los Derechos Humanos, *Día mundial de la diversidad sexual*, disponible en <https://www.cndh.org.mx/noticia/dia-mundial-de-la-diversidad-sexual> última revisión el 27 de mayo de 2022

16. COMITÉ de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de Salud*, 2000, disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451> última revisión el 27 de mayo de 2022

17. COMITÉ de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General No. 16: La igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales*, disponible en https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14 última revisión el 27 de mayo de 2022

18. COMITÉ para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México*, 2018, disponible en https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2018-11/observaciones_finales.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

19. COMITÉ Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud*, Washington, D.C., 2014, disponible en <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/04/Estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

20. CONCILIO Vaticano II, *Constitución pastoral Gaudium et spes sobre la iglesia en el mundo*, Roma, 1965, disponible en

https://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_sp.html última revisión el 27 de mayo de 2022

21. CONSEJO Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, Lineamientos de Funcionamiento de los Comités, 2019, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/482213/LINEAMIENTOS_ACTUALIZADOS_01082019.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

D

22. DIVISIÓN de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia. Guía de Referencia Rápida, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013, disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/019GRR.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

E

23. E.F.E., *El papa Francisco apoya la educación sexual "objetiva, tal y como es", al margen de ideologías*, Ciudad del Vaticano, Faro de Vigo, 29 de enero 2019, disponible en <https://www.farodevigo.es/sociedad/2019/01/29/papa-francisco-apoya-educacion-sexual/2041366.html> última revisión el 27 de mayo de 2022

F

24. FIERRO Ferráez Ana Elena y Abreu Sacramento José Pablo, *Derechos humanos, derechos fundamentales y garantías individuales*, México, Oxford University Press México, 2012

25. FONDO de las Naciones Unidas para la Infancia, Panorama Estadístico de la Violencia Contra Niñas, Niños y Adolescentes en México, 2019, disponible en <https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

26. FONDO de Población de las Naciones Unidas, Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México, 2020, disponible en https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

27. FOUCAULT Michel, *Historia de la sexualidad t. I La Voluntad de Saber*, traducción Ulises Guinazú, México, Siglo veintiuno editores, 1998

28. FRENK Julio, et. al., *Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*, México, ed. Salud Pública de México, 2007, Vol. 47, disponible en <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4737/4585> última revisión el 27 de mayo de 2022

G

29. GARCÍA Álvarez, et. al., *La calidad como eje transversal de los sistemas de salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones*, México, Segunda edición, Secretaría de Salud, 2015, disponible en

http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad_atencion_salud_enMexico_segunda_edicion.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

30. GARNICA Ojeda, Edgar Roberto, Culpa y vergüenza hacia la propia sexualidad: un estudio comparativo entre homosexuales vs. heterosexuales (Tesis de Licenciatura), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2006, disponible en <https://repositorio.unam.mx/contenidos/441615> última revisión el 27 de mayo de 2022

31. GRANADOS Cosme José Arturo, Problemas de salud mental en la discriminación por orientación homosexual, primera edición, México, Homofobia y salud, 2007, disponible en <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/memorias/homofobia.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

32. GOBIERNO de México, Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA 2021 – 2024), 2020, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/615221/12._ENAPEA_2021_-_2024._Nuevo_Andamiaje.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

33. GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico Atención a la Salud de la Adolescencia 2020-2024, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/629235/PAE_Adolescencia_6_4_21.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

34. GOBIERNO de México, Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

35. GOBIERNO de México, Programa De Acción Específico VIH Y Otras ITS, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/624351/2._PAE_VIH_ITS.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

36. GOBIERNO de México, Programa Sectorial de Educación 2020-2024, 6 de julio de 2020, disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596202&fecha=06/07/2020 última revisión el 27 de mayo de 2022

37. GOBIERNO de México, Programa Sectorial de Salud 2020-2024, 17 de agosto de 2020, disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#:~:text=El%20Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202020%20%2D%202024%20se%20estructura%20a,que%20constituye%20el%20primer%20objetivo última revisión el 27 de mayo de 2022

38. GONZÁLEZ de León Aguirre Deyanira, El aborto en México, México, Ipas, 2002, disponible en <https://ccp.ucr.ac.cr/ac/gonzalez.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

39. GRUPO colegiado del Foro Iberoamericano de discusiones sobre la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS, Defunción materna, disponible en <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/887-foro-becker-definicion-de-defuncion-materna> última revisión el 27 de mayo de 2022

H

40. HERNÁNDEZ Haddad, Vicenta, *Mi opinión sobre ley educación sexual*, disponible en https://www.tallerdesexualidad.com/secciones/consultas/articulos/Microsoft%20Word%20-%20Mi_opini_n_sobre_Ley_Educaci_n_Sexual.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

I

41. INSTITUTO Nacional de las Mujeres, El impacto de los estereotipos y los roles de género en México, agosto 2007, disponible en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

42. INSTITUTO Nacional de las mujeres, La Prevención del Embarazo en la Adolescencia: retos y avances, 2020, disponible en http://derechoshumanos.gob.mx/work/models/Derechos_Humanos/DGPPDH/Capacitacion/27-08-2020/Presentacion_ENAPEA.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

43. INSTITUTO Mexicano del Seguro Social, Cáncer cervicouterino, disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-cervico-uterino> última revisión el 27 de mayo de 2022

44. INSTITUTO Mexicano del Seguro Social, Cáncer de mama, disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama> última revisión el 27 de mayo de 2022

45. INSTITUTO Mexicano del Seguro Social, Cáncer de próstata, disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-prostata> última revisión el 27 de mayo de 2022

46. INSTITUTO Mexicano del Seguro Social, planificación familiar, disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar> última revisión el 27 de mayo de 2022

J

47. JUÁREZ F et al., Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias, Nueva York, ed. Guttmacher Institute, 2013, disponible en https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/embarazo-no-deseado-mexico_0.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

K

48. KNOWLES Jon trad. Susana Petit y Judith Cohen, *Margaret Sanger, heroína del Siglo XX*, Estados Unidos, ed. Planned Parenthood Federation of America, 2009

L

49. LINARES García, Ana Cecilia, Estudio de la ansiedad y la depresión y algunos factores antecedentes asociados a la presencia de cada una de las disfunciones sexuales masculinas (Tesis de Licenciatura), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2007, disponible en <https://repositorio.unam.mx/contenidos/200897> última revisión el 27 de mayo de 2022

50. LÓPEZ Hernandez, Renata, El aborto en México y el mundo: una mirada feminista (Tesis de Licenciatura), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004, disponible en <https://repositorio.unam.mx/contenidos/204905> última revisión el 27 de mayo de 2022

M

51. MAJA Kirilova, Eriksson, *Reproductive freedom: in the context of international human rights*, La Haya, ed. Martinus Nijhoff, 2000

52. MARTÍNEZ Roaro Marcela, *Derechos y Delitos Sexuales y Reproductivos*, segunda edición, México, Porrúa, 2007

O

53. OLESIUK Jakub y Hervás María, *La misión (casi imposible) de abortar en Polonia*, Madrid, El País, 28 de noviembre de 2020, disponible en <https://elpais.com/sociedad/2020-11-27/la-mision-casi-imposible-de-abortar-en-polonia.html> última revisión el 27 de mayo de 2022

54. OLIVOS Campos, José René, *Los derechos humanos y sus garantías*, México, Porrúa, 2011

55. ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas, Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, 2015, disponible en https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S última revisión el 27 de mayo de 2022

56. ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas, Informe de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, Nueva York, 2020, disponible en <https://undocs.org/es/E/2020/27> última revisión el 27 de mayo de 2022

57. ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

58. ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio, disponible en <https://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/> última revisión el 27 de mayo de 2022

59. ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia, 2018, disponible en

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/technical-guidance-sexuality-education/es/> última revisión el 27 de mayo de 2022

60. ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas, Recomendación General sobre la salud de las mujeres No. 24, 1999, disponible en <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2011/convenci%C3%B3n%20pdf.pdf?la=es> última revisión el 27 de mayo de 2022

61. ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas, Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas, disponible en <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence> última revisión el 27 de mayo de 2022

62. ORGANIZACIÓN de los Estados Americanos, Mecanismo de Seguimiento de la Convención De Belém do Pará, Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos, 2014, disponible en <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/DeclaracionDerechos-ES.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

63. ORGANIZACIÓN de Estados Americanos, Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), Reporte, 2017, disponible en <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/FinalReport2017-Mexico.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

64. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, Aborto, disponible en https://www.who.int/es/health-topics/abortion#tab=tab_1 última revisión el 27 de mayo de 2022

65. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, El embarazo en la adolescencia, 31 de enero de 2020, disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> última revisión el 27 de mayo de 2022

66. ORGANIZACIÓN mundial de la Salud, Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016–2021, disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?sequence=1> última revisión el 27 de mayo de 2022

67. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*, Argentina, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2018

68. ORGANIZACIÓN Mundial de la salud, Planificación Familiar, disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> última versión revisada el 26 de mayo de 2022

69. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, VIH/Sida, disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> última revisión el 27 de mayo de 2022

70. ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud, Glosario de Indicadores Básicos, disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/glosario-spa-2014.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

71. ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud, Política de igualdad de género, Washington D.C., disponible en <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

72. ORTIZ-ORTEGA Adriana (comp.), *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social*, México, ed. EDAMEX, 1999

73. ORTIZ-ORTEGA et. al., *Sexualidad, salud y reproducción. Una apreciación relacional de género al campo de la sexualidad y reproducción*, México, ed. El Colegio de México, 2004, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Documentos de Trabajo No. 14

P

74. PARKER Richard, et. al., *Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente*, Sexuality Policy Watch, 2008

75. PICHLER Susanne trad. Susana Petit y Judith Cohen, *Griswold contra Connecticut: El impacto de la legalización de anticonceptivos y los desafíos que se deben enfrentar*, Estados Unidos, ed. Planned Parenthood, 2012

76. PONTIFICIO Consejo para la Familia, *Sexualidad humana: verdad y significado*, orientaciones educativas en familia disponible en https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/family/documents/rc_pc_family_doc_08121995_human-sexuality_sp.html última revisión el 27 de mayo de 2022

R

77. RIVERA Mendoza, Margarita, *La sexualidad y su significación en el cuerpo del adolescente*, México, ed. Miguel Ángel Porrúa, 2007

78. ROEMER Andrés, *Sexualidad, derecho y política pública*, México, ed. Miguel Ángel Porrúa, 1998

79. ROSALES y Villaverde, *Salud sexual y procreación responsable: desde una perspectiva de Derechos Humanos y con enfoque de género. Estudio de la ley 25.673*, Buenos Aires, ed. Abeledo Perrot, normativa nacional, provincial y comparada, 2008

80. RUBIO Auriol, Eusebio, *Modelo Holónico de la Sexualidad Humana*, México, Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A. C.

S

81. SANTO Padre Francisco, Exhortación Apostólica Postsinodal “Amoris Laetitia”, disponible en https://www.vatican.va/content/francesco/es/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20160319_amoris-laetitia.html última revisión el 27 de mayo de 2022

82. Silva García Fernando (coord.), *Garantismo Judicial: Libertad Reproductiva*, México, Porrúa, 2011

83. SANTOS Villarreal Gabriel Mario y Richard Muñoz María Paz, *Paternidad responsable: Instrumentos internacionales y consideraciones conceptuales en Centroamérica*, México, Centro de Documentación, Información y Análisis, Cámara de

Diputados, 2010, disponible en <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spe/SPE-ISS-07-10.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

84. SECRETARÍA de Educación Pública, Ciencias Naturales y Tecnología, disponible en https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/CIENCIAS_NATURALES_Y_TECNOLOGIA.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

85. SECRETARÍA de Educación Pública, Educación socioemocional, disponible en https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/EDUCACION_SOCIOEMOCIONAL.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

86. SECRETARÍA de Educación Pública, Formación cívica y ética en la educación básica, disponible en https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/FORMACION_CIVICA_Y_ETICA.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

87. SECRETARÍA de Salud, Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas, 2009, disponible en <http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ConvenioEO.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

88. SECRETARÍA de Salud, Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 9 de marzo de 2018, disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/315214/MOE-CNEGSR.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

89. SECRETARÍA de Salud, *Modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes 2016*, Primera Edición, México, 2015, disponible en http://www.cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/ModeloAISSRA/web_ModeloAtnIntSSRA.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

90. SECRETARÍA de Salud, Organigrama del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2020, <https://www.gob.mx/salud/cneqsr/documentos/organigrama-del-centro-nacional-de-equidad-de-genero-y-salud-reproductiva> última revisión el 27 de mayo de 2022

91. SECRETARÍA de Salud, Reforma del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, DOF 5 de julio de 2001, disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=762925&fecha=05/07/2001 última revisión el 27 de mayo de 2022

92. SECRETARÍA de Salud, Valores del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2015, disponible en <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/valores-del-centro-nacional-de-equidad-de-genero-y-salud-reproductiva> última revisión el 27 de mayo de 2022

93. SECRETARIADO Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, Información sobre violencia contra las mujeres. Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1. Información con corte al 31 de julio de 2021, disponible en <https://www.gob.mx/sesnsp/articulos/informacion-sobre-violencia-contra-las-mujeres-incidencia-delictiva-y-llamadas-de-emergencia-9-1-1-febrero-2019> última revisión el 27 de mayo de 2022

94. SENADO de la República, México, primer lugar en abuso sexual infantil, Boletín 2136, 24 de agosto 2019, disponible en <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/45796-mexico-primer-lugar-en-abuso-sexual-infantil.html> última revisión el 27 de mayo de 2022

95. Silva García Fernando (coord.), Garantismo Judicial: Libertad Reproductiva, México, Porrúa, 2011

96. SURI Manveena, India despenaliza el sexo entre parejas homosexuales en un fallo histórico, CNN, 6 de septiembre de 2018 disponible en <https://cnnespanol.cnn.com/2018/09/06/india-despenaliza-el-sexo-entre-parejas-homosexuales-en-un-fallo-historico/> última revisión el 28 de mayo de 2022

T

97. TOKUNAGA Bravo María de Lourdes, La salud sexual y reproductiva de los hombres en la andropausia, México, Género y Salud en Cifras, volumen 9 número 3, 2011, disponible en http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen9_3/Lasaludsexualyreproductivadelos.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

V

98. VALDEZ-SANTIAGO, et. al., Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes, México, Salud Pública, 2020, disponible en <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11924> última revisión el 27 de mayo de 2022

99. VICARIO Galván, María Soledad, Adolescentes y embarazo: impacto social, trascendencia y consecuencias: una propuesta de trabajo bajo un enfoque Gestalt (Tesis de Licenciatura), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, disponible en <https://repositorio.unam.mx/contenidos/316188> última revisión el 27 de mayo de 2022

LEGISLACIÓN

1. Organización de Estados Americanos, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948, disponible en https://www.oas.org/dil/esp/Declaraci%C3%B3n_Americana_de_los_Derechos_y_Deberes_del_Hombre_1948.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

2. Organización de Estados Americanos, Convención Americana de Derechos Humanos, 1969, disponible en https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-

32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

3. Organización de los Estados Americanos, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, 1994, disponible en https://www.oas.org/dil/esp/convencion_belem_do_para.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

4. Organización de los Estados Americanos, Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1988, disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI2.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

5. Organización de las Naciones Unidas, *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, 1994, disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf última revisión el 28 de mayo de 2022

6. Organización de las Naciones Unidas, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979, disponible en <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2011/convenci%C3%B3n%20pdf.pdf?la=es> última revisión el 27 de mayo de 2022

7. Organización de las Naciones Unidas, *Convención sobre los Derechos del Niño*, 1989, disponible en <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx> última revisión el 27 de mayo de 2022

8. Organización de las Naciones Unidas, Declaración de Alma Ata, 1978, disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

9. Organización de las Naciones Unidas, *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, 1948, disponible en https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

10. Organización de las Naciones Unidas, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995, disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf> última revisión el 27 de mayo de 2022

11. Organización de las Naciones Unidas, Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993, disponible en https://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf última revisión el 27 de mayo de 2022

12. Organización de Naciones Unidas, Estatuto de la Corte Penal Internacional, 1998, disponible en

[https://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute\(s\).pdf](https://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute(s).pdf) última revisión el 27 de mayo de 2022

13. Organización de las Naciones Unidas, Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, 1966, disponible en <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx#:~:text=Art%C3%ADculo%209&text=Todo%20individuo%20tiene%20derecho%20a,al%20procedimiento%20establecido%20en%20%C3%A9sta> última revisión el 27 de mayo de 2022

14. Organización de las Naciones Unidas, *Pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales*, 1966, disponible en <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> última revisión el 27 de mayo de 2022

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Leyes

1. Ley General de Educación. DOF 30 de septiembre de 2019

2. Ley General de Población. DOF 12 de julio de 2018

3. Ley General de Salud. DOF 01 de junio de 2021

4. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

DOF 29 de mayo de 2000

5. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. DOF 21 de junio de 2018

Reglamentos

1. Reglamento de la Ley General de Población. DOF 28 de septiembre de 2012

2. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

3. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

4. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, DOF 7 de febrero de 2018

5. Reglamento Interno del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. DOF 5 de noviembre de 2002

Normas Oficiales Mexicanas

1. NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. DOF 9 de enero de 2003

2. NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF 7 de abril de 2016

3. NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar. DOF 9 de diciembre de 2013

4. NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. DOF 10 de noviembre de 2010

5. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. DOF 6 de marzo de 1998
6. NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. DOF 30 de noviembre de 2012
7. NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. DOF 1 de junio de 2017
8. NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. DOF 24 de marzo de 2016
9. NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. DOF 12 de agosto de 2015