

Población, desarrollo y salud sexual y reproductiva

Grupo Parlamentario del PRD en la LIX Legislatura
de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión
Av. Congreso de la Unión, núm. 66
Col. El Parque
15969 México, D.F.

Población, desarrollo y salud sexual y reproductiva
Martha Lucía Mícher Camarena
(Coordinadora)

México, septiembre de 2004

Cuidado de la edición
Renata Soto-Elízaga

Corrección
Alberto Lara Castillo
Renata Soto-Elízaga

Diseño y formación
María de Lourdes Álvarez López

Asistencia editorial
Irma Letica Valera Jaso
Susana Nolasco Arano



El texto de este libro está disponible en formato PDF y puede obtenerse en:
«<http://prd.diputados.gob.mx/publicaciones.htm>».
Se autoriza plenamente (y se agradece) su reproducción, siempre y cuando
se cite la fuente.

Población, desarrollo y salud sexual y reproductiva

Martha Lucía Mícher Camarena
(Coordinadora)



 Grupo Parlamentario del PRD
Cámara de Diputados
Congreso de la Unión
LIX Legislatura

GRUPO PARLAMENTARIO DEL PRD
EN LA LIX LEGISLATURA DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS
DEL CONGRESO DE LA UNIÓN

MESA DIRECTIVA

Pablo Gómez Álvarez, coordinador general; *René Arce Islas*, vicecoordinador general; *Adrián Chávez Ruiz*, presidente de Debates del Pleno; *Elpidio Tovar de la Cruz*, coordinador de Administración Interior; *Inti Muñoz Santini*, coordinador de Comunicación Social; *Horacio Duarte Olivares*, coordinador Jurídico; *Eduardo Espinoza Pérez*, coordinador de Proceso Legislativo; *Inelvo Moreno Álvarez*, coordinador de Desarrollo Económico; *María del Rosario Herrera Ascencio*, coordinadora de Desarrollo Rural y Medio Ambiente; *Marbella Casanova Calam*, coordinadora de Equidad Social; *Alfonso Ramírez Cuéllar*, coordinador de Finanzas Públicas; *Emilio Zebadúa González*, coordinador de Política Interior y Reforma del Estado; *Eliana García Laguna*, coordinadora de Seguridad, Justicia y Derechos Humanos; *Clara Brugada Molina*, coordinadora de Política Social; *Juan José García Ochoa*, coordinador de Relaciones Internacionales; *Marcela González Salas*, vicepresidenta de la Cámara de Diputados.

Afluentes, A.C.

Lic. Gabriela Rodríguez, presidenta
Tels.: (55) 5563-1485 y (55) 5615-4829
Fax: (55) 5563-7978
c.e.: afluentessc@prodigy.net.mx
Sitio web: www.afluentes.org

**Centro Nacional de Equidad de Género
y Salud Reproductiva**

Dra. Raffaella Schiavon Ermani, directora general
adjunta de Salud Reproductiva
Tel: (55) 5250-7941, (55) 5263-9119
c.e.: rschiavon@salud.gob.mx //
rschiavon@popcouncil.org.mx
Sitio web: <http://200.78.201.34/>

**Comisión de Derechos Humanos
del Distrito Federal**

Dr. Emilio Álvarez Icaza Longoria, presidente
Tels. (55) 5229-5600, ext. 1101, 1102
c.e.: presiden@cdhdf.org.mx
Sitio web: www.cdhdf.org.mx

**Consejo Nacional de Población
(Conapo)**

Lic. María Elena Zúñiga Herrera, secretaria general
Tel.: (55) 5488-8401 / 02 / 03,
exts. 31000, 31001, 31008
Fax: (55) 5488-8410, ext. 31310
c.e.: elena.zuniga@conapo.gob.mx
Sitio web: www.conapo.gob.mx

Consortio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad

Orfe Castillo Osorio, directora
Tel.: (55) 5674-7727
c.e.: consorcio@consorcio.org.mx
Sitio web: www.consorcio.org.mx

Democracia y Sexualidad (Demysex)

Dr. José Ángel Aguilar Gil, coordinador
Tel.: (55) 5524-0030
Fax: (55) 5524-9496
c.e.: demysex@demysex.org.mx
Sitio web: www.demysex.org.mx

**Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.
(Mexfam)**

Dr. Vicente Díaz, director ejecutivo
Tel.: (55) 5487-0030
c.e.: vdiaz@mexfam.org.mx
Sitio web: www.mexfam.org.mx

**Grupo de Información en Reproducción Asistida, A.C.
(Gire)**

María Luisa Sánchez Fuentes, directora
Tel.: (55) 5658-6684, ext. 244 // fax: 242
c.e.: correo@gire.org.mx
Sitio web: www.gire.org.mx

SEP-Dirección de Ciencias Naturales

Mtro. Armando Sánchez Martínez, director
Tel.: (55) 9183-4000, ext. 23979
c.e.: asmartin@sep.gob.mx

Índice

Introducción	9
Juventud y salud sexual y reproductiva	
Treinta años de educación sexual en México <i>Gabriela Rodríguez Ramírez</i>	13
Derechos sexuales de las y los jóvenes en el marco de los derechos humanos en México <i>Víctor Brenes Berho</i>	29
Cartilla de los Derechos Sexuales de los y las Jóvenes en México <i>José Ángel Aguilar Gil</i>	57
Compromisos con las y los jóvenes: experiencias exitosas	
El estudio de la sexualidad en la educación básica <i>Armando Sánchez Martínez</i>	65
Servicios amigables para los jóvenes <i>Vicente Díaz</i>	77
Situación actual y desafíos de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes en México	
Situación actual y desafíos para la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes en México <i>Elena Zúñiga Herrera</i>	85
Estado actual de la anticoncepción de emergencia en México <i>Raffaella Schiavon</i>	117

Los derechos reproductivos de las y los adolescentes, y un necesario servicio de salud sexual y reproductiva <i>Marta Lamas</i>	135
Derechos sexuales y reproductivos en México / Posición de legisladoras y legisladores mexicanos <i>Daptnhe Cuevas</i>	159

Introducción

De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, el Consejo Nacional de Población proyecta aproximadamente para 2005 el incremento a ciento seis millones de mexicanos y mexicanas, de los cuales cincuenta y tres millones serán mujeres y veintidós millones serán hombres y mujeres de entre 10 y 19 años de edad.

Estas cifras señalan fehacientemente el incremento de la población joven en México, lo cual hace necesaria la previsión y la atención de las necesidades de educación, trabajo, salud y desarrollo en general para las generaciones futuras.

Es prioridad del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática en la LIX Legislatura de la Cámara de Diputados, a través de su representación permanente en el Grupo Parlamentario Interamericano,¹ la adecuada planeación y diseño de políticas públicas que incidan de manera directa y eficiente en el grueso de la población, cuidando en todo momento el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes y tomando en cuenta los tratados internacionales en la materia.

Por esta razón, mediante el estudio de los escenarios posibles y del impacto inmediato de las políticas públicas, los días 30 y 31 de marzo de 2004, de manera conjunta el Grupo Parlamentario del PRD y el Grupo Parlamentario Interamericano efectuaron el primer Foro sobre Población, Desarrollo y Salud Sexual y Reproductiva, en nuestro país.

¹ El GPI fue fundado en 1983 como resultado de la Declaración emanada de la Conferencia de Parlamentarios del Hemisferio Occidental sobre Población y Desarrollo realizada en Brasil en 1982, como un foro neutral para el intercambio de información y experiencias y para estimular un diálogo abierto en el campo de la salud sexual y reproductiva, incluyendo temas tales como planificación familiar, migraciones, medio ambiente, equidad e igualdad de género, empoderamiento de las mujeres, y políticas de población con una perspectiva de derechos.

Instituciones federales como el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Educación Pública, el Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida, el Consejo Nacional de Población e instituciones locales como la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y organizaciones de la sociedad civil como: Afluentes A.C., Democracia y Sexualidad (Demysex), Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C. (Mexfam), Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. (Gire) y el Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad se dieron a la tarea de exponer los alcances y perspectivas de programas exitosos de educación sexual de las y los jóvenes en México que promueven el goce pleno de los derechos sexuales y reproductivos de este tan importante grupo de la sociedad mexicana.

El objetivo de este foro consistió en dar a conocer la posible existencia de una política de Estado destinada a la atención y satisfacción de las necesidades fundamentales de las y los jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva, conocer la opinión, el sentir y la actuación de distintas organizaciones de la sociedad civil respecto a la misma problemática.

Este encuentro permitió conocer también las perspectivas institucional y social de lo que es y debería ser la defensa y pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En el afán de dar cumplimiento a la plataforma del PRD en relación con los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, así como el ejercicio pleno del artículo 4º constitucional que garantiza a las personas el derecho a decidir y el consentimiento informado, se han incorporado a la agenda legislativa del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática en la Cámara de Diputados, aquellas reformas constitucionales o reformas a leyes secundarias, que nos permitan contar con una legislación de avanzada en comparación con el resto de los países latinoamericanos.

Por todo esto, el GPPRD pone en sus manos una compilación de los proyectos y propuestas que allí se presentaron.

Estoy segura de que disfrutarán su lectura y podrán contar con un instrumento más para la promoción, ejercicio y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes en México.

Dip. Fed. Martha Lucía Mícher Camarena

Juventud y salud sexual y reproductiva

Treinta años de educación sexual en México

Gabriela Rodríguez
Ramírez

13

La visión que expondré será triunfalista: pocas veces se habla de los logros, y yo hablaré de los logros de 30 años de educación sexual. Sólo dedicaré al final un espacio para citar los retos, que también son muchos. Creo que hace falta visibilizar los logros, porque, además de ser muchos, hoy se encuentran amenazados –hay quien quisiera ir hacia atrás. Es muy importante darnos cuenta de que se han realizado acciones muy efectivas, muy bien hechas, en este país.

Etapas de la educación sexual en México

Ha habido tres momentos importantes en la educación sexual en México:

1. *1974: Educación sexual reproductiva.* Nuestro país fue pionero en América Latina en introducir los temas de educación sexual en la primaria. En 1974 se empezó a hablar en quinto de primaria de la educación sexual reproductiva, de la pubertad, de la reproducción humana; en la secundaria se empezó a hablar de la prevención de embarazos y de la prevención de enfermedades de transmisión sexual. No obstante las reacciones en contra: se quemaban los libros de texto en Aguascalientes, en San Luis Potosí, eso no detuvo la política de población. Es muy importante ubicar esto porque los logros de hoy en los jóvenes tienen que ver con que desde hace treinta años este contenido se obtiene en la escuela. Ellos lo valoran hoy, lo veremos en las encuestas actuales.

2. *1982: Prevención de VIH/sida.* Otro momento importante acontece en los años ochenta, por la amenaza de la epidemia del VIH, lo cual definitivamente rompió resistencias y abrió un espacio, sobre todo en los medios, y desde luego con el Conasida, con un papel muy importante tanto en la investigación como en la promoción de una cultura preventiva, ya no privó tanto un enfoque reproductivo, sino que además se tuvo un enfoque preventivo. Éste es un

Presidenta
de Afluentes, S.C.

asunto de salud, sobre todo, y de avance en la cultura preventiva, en la promoción del uso del condón. Se trata de un logro muy importante sobre todo a partir del trabajo y de la política pública tan claramente comprometida que hubo en México para la lucha contra el VIH/sida.

3. 1994: *Género, derechos sexuales y reproductivos*. El tercer momento, que es el que estamos viviendo todavía hoy, parte, desde mi punto de vista, de la nueva revolución o el nuevo paradigma de la Cuarta Conferencia Mundial de Población (El Cairo), de la que estamos festejando diez años. Se trata de un plan a veinte años. Estamos en el medio término, en la revisión. Desde luego, esto supera la visión reproductiva, la visión preventiva, y hoy se habla del género y, sobre todo, del reto de posicionar estos temas en el campo de los derechos humanos. Ése es el verdadero reto, lograr que los derechos sexuales y reproductivos sean reconocidos como algo que tienen que garantizar los Estados, como las garantías individuales, como los derechos humanos. Reconocer, pues, que es parte estructural del ser humano, que todo ser humano, por el solo hecho de nacer, y hasta que muere, tiene derechos sexuales y reproductivos.

Ésos son los retos y veremos, sobre todo, cuáles son los principales beneficios de estos treinta años. En términos de educación sexual, el currículum oficial en México fue bastante sensible a los compromisos de El Cairo: introduce una unidad en el quinto año de primaria sobre género y equidad de género, en 1998 o 1999. El cambio en la educación sexual formal fue muy importante, incluyó la agenda de género, incluyó los derechos sexuales y reproductivos, con una nueva materia de formación cívica y ética en 1998 y 1999. Ahora están introduciéndolo en la primaria, pero está empezando en México la formación en derechos humanos como parte de la formación ciudadana en el currículum escolar, y eso es lo que para mí define todo nuestro enfoque del siglo XXI, esto como un campo de derechos desde el kinder. Será después la materia de formación cívica y ética en kinder, ahora la queremos ahí.

Beneficios de la educación sexual

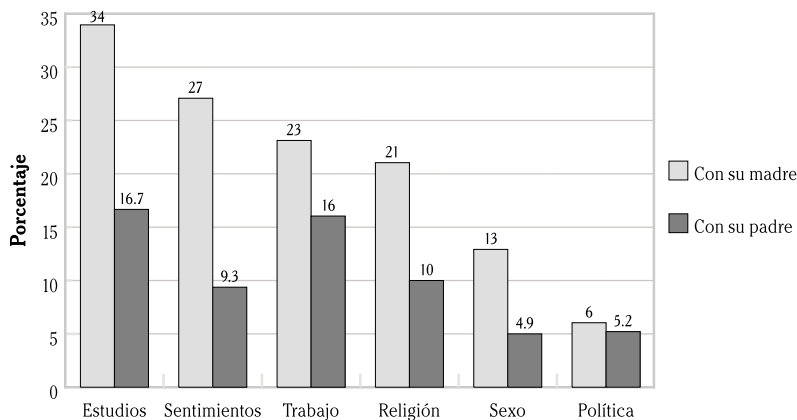
Veamos los principales beneficios de la educación sexual. Por lo menos podemos ubicar estas áreas: a) Mejora la comunicación familiar; b) Ha fortalecido los procesos de secularización, este rasgo de la modernidad donde los seres humanos separamos la esfera de lo religioso y la esfera de lo cotidiano y que, además, por lo que nos dicen las encuestas, en este proceso se mantienen las creencias religiosas: o sea, una típica secularización que no ha afectado los valores ni las creencias religiosas; c) Han mejorado las prácticas sexuales, las cuales se realizan con menor número y tipo de parejas, como producto de treinta años de educación sexual; d) También se han

incorporado comportamientos preventivos de los embarazos; y e) En los últimos años se ha dado un incremento impresionante en el uso del condón entre jóvenes, hombres y mujeres.

Analizaremos cada uno de los temas. La mayoría de los datos que usaré son de la encuesta del Instituto Mexicano de la Juventud que se hizo en 2000 por primera vez, en 54 000 hogares, y que abarcó a más de 200 000 jóvenes, de los medios rural y urbano de todos los estados, con representación estadística de clase y escolaridad. Fue un ejercicio muy importante; nunca habíamos tenido una encuesta de esta magnitud que nos hablara de quién es esta generación de jóvenes.

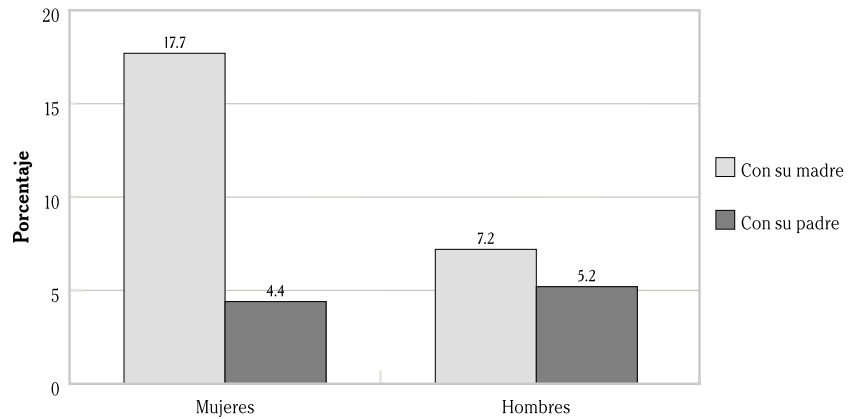
Comunicación familiar. Los jóvenes hablan más con la madre que con el padre. Los temas que más de 20 por ciento de las jóvenes hablan con su madre son: los estudios, los sentimientos, el trabajo y la religión; de sexo, 13 por ciento; y de política, seis por ciento (véase gráfica 1). Todavía es muy poco: 66 por ciento no habla de ninguno de estos temas con sus padres. Los papás –muchas otras encuestas confirman esto– hablan menos con los hijos; desde luego, se habla más de trabajo y de estudios, sólo nueve por ciento habla de los sentimientos con los hijos jóvenes, del sexo sólo habla casi cinco por ciento, y de política cinco por ciento. Esto es sólo uno de los grandes retos, pero tenemos bases comparativas que demuestran que la comunicación, sobre todo con la madre, ha aumentado en los últimos años.

Gráfica 1. Comunicación familiar: temas que los jóvenes platican mucho

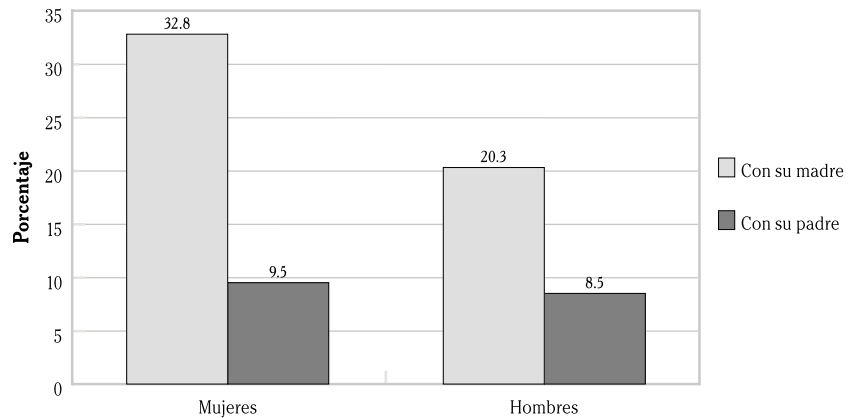


Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

Desde luego, hay una diferencia si los resultados se presentan por género (véase gráfica 2). Las mujeres, 17 por ciento, hablan mucho de sexualidad

Gráfica 2. Platican mucho de sexualidad

Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

Gráfica 3. Platican mucho de sentimientos

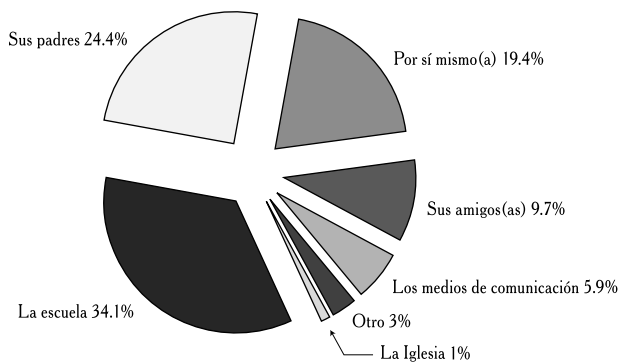
Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

con su mamá: las hijas hablan mucho más de este tema que los hombres (siete por ciento) con su mamá. Con el papá se tiene un gran reto de comunicación: tanto los hijos como las hijas hablan muy poco de estos temas con él.

De sentimientos, hablan con la mamá 32 por ciento de las jóvenes, y 20 por ciento de los hombres; con el papá, apenas nueve y ocho por ciento, respectivamente (véase gráfica 3). El gran reto aquí, como muchos programas lo han hecho ver –y ahora existen fuertes programas de masculinidad y para formar una nueva paternidad–, es acercar más a los jóvenes con sus papás. Y todavía falta incrementar la comunicación con las mamás.

Cuando se les pregunta a los jóvenes de quién han recibido la más importante información sobre sexualidad (y se recalca que está ponderada como la más importante), señalan siempre a la escuela, 34 por ciento (véase gráfica 4). Hay otras encuestas: la de Mexfam en ciudades, la nueva de Salud, y éste es un dato muy consistente. Los maestros son los principales informantes para los jóvenes en los temas de sexualidad; después están los papás con 24 por ciento; por sí mismo, 20 por ciento, que es muchísimo, porque eso es nadie (por sí mismo quiere decir que las instituciones no le están dando nada a 20 por ciento de los jóvenes); nueve por ciento, de los amigos, que muchas veces se cree son los informantes más importantes sobre esta materia, pero no; seis por ciento, los medios: aquí hay una descalificación de los jóvenes a los medios, no les están dando la información más importante; y uno por ciento a la Iglesia (aquí tenemos un primer dato de secularización: la Iglesia sólo representa uno por ciento; no está identificada por los jóvenes como la fuente de información más importante en sexualidad).

Gráfica 4. De quién recibieron la más importante información sobre sexualidad



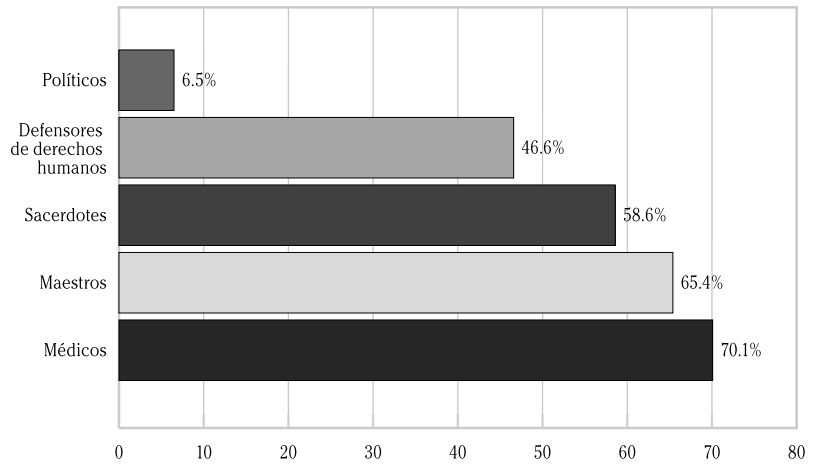
Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

¿En quiénes tienen confianza hoy los jóvenes? En principio, en los médicos 70 por ciento; los maestros, 65; los sacerdotes, 58; los defensores de derechos humanos, 46; y los políticos, seis por ciento. La ciencia está por encima de los líderes religiosos: esto es un indicador de secularización, de modernización (véase gráfica 5).

¿Y cómo están sus creencias? Las creencias no se han afectado. Son católicos 87 por ciento, son católicos practicantes 42 por ciento y no practicantes 45 por ciento. ¿Creen en la Virgen de Guadalupe? 87.5 por ciento cree en ella:

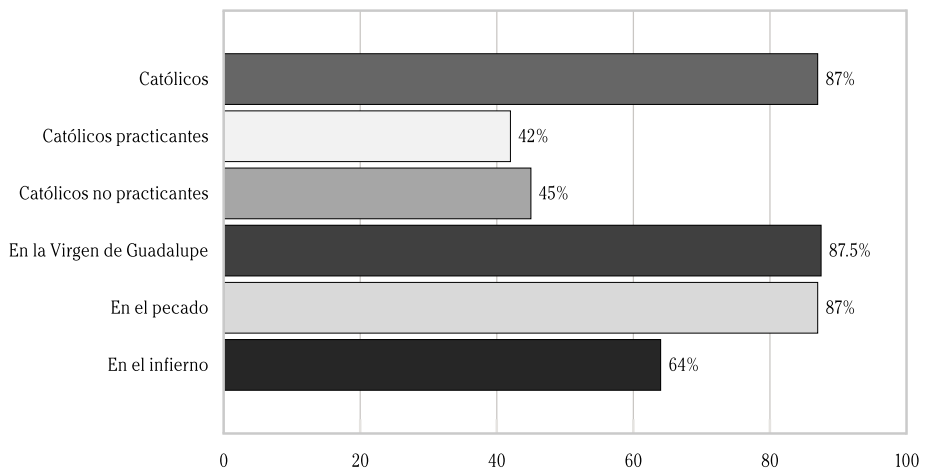
somos un país guadalupano. Los datos provienen de una muestra grande de jóvenes. (El Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) define la juventud como la etapa de 15 a 29 años de edad.) Creen en el pecado 87 por ciento; creen en el infierno 64 por ciento (véase gráfica 6).

Gráfica 5. Principales personajes en quien tienen confianza las y los jóvenes



Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

Gráfica 6. Creencias religiosas

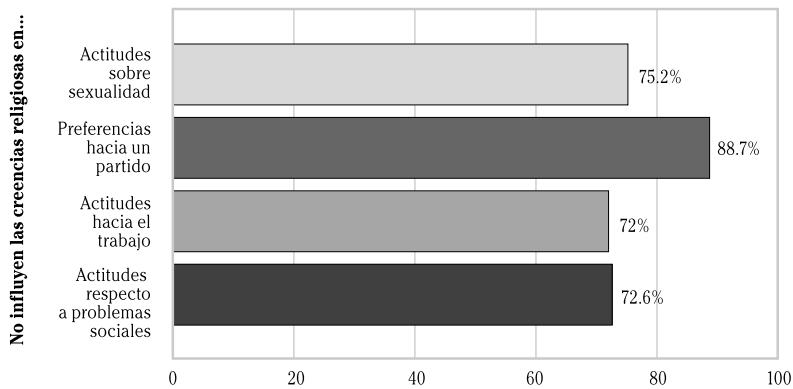


Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

A la pregunta, ¿influyen tus creencias religiosas en tus actitudes sobre la sexualidad?, 75.2 por ciento respondió que no. ¿En tus preferencias hacia un partido?, 88.7 por ciento respondió que no. ¿En tus actitudes hacia el trabajo?, ¿en tus actitudes respecto a los problemas sociales? No influye en 72 por ciento (véase gráfica 7). Eso es laicidad en la educación, 150 años de educación laica.

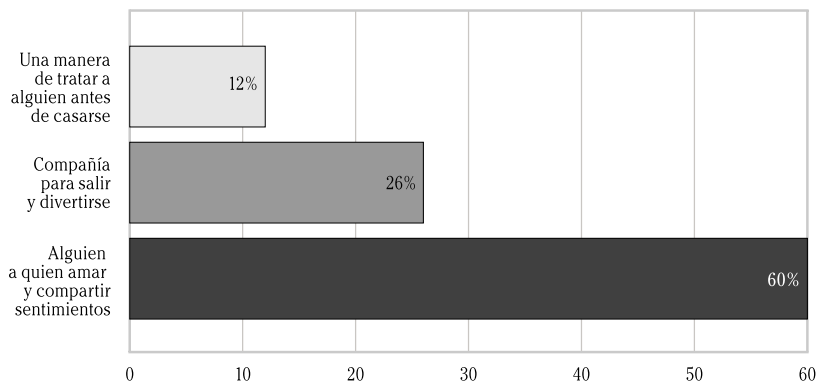
¿Qué buscan los jóvenes en el noviazgo? Buscan a alguien a quien amar y compartir sentimientos, 60 por ciento; compañía para salir y divertirse, 26; y 12 por ciento, una manera de tratar a alguien antes de casarse. Entonces hoy el noviazgo es para divertirse y para amar y compartir. Hay que decirlo,

Gráfica 7. Secularización

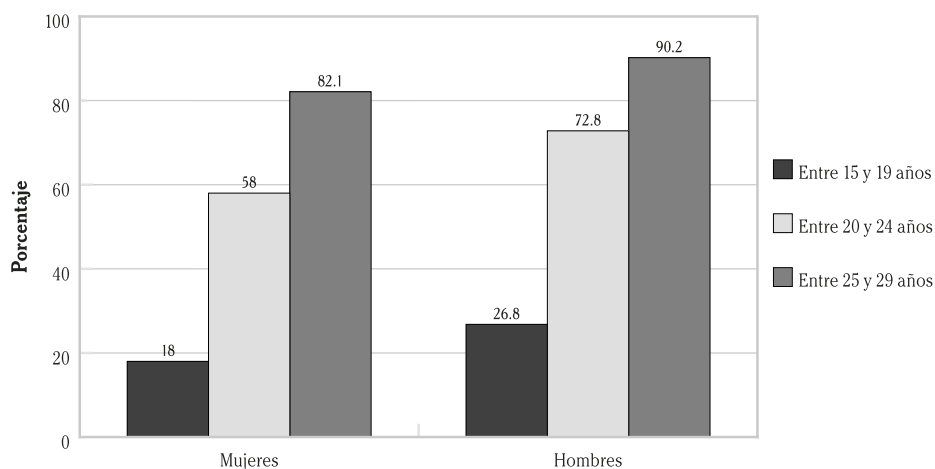


Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

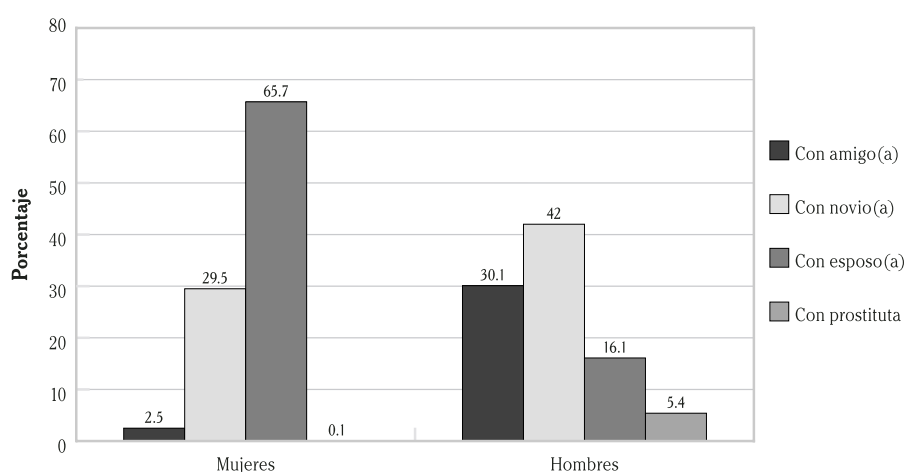
Gráfica 8. Qué buscan los jóvenes en el noviazgo



Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

Gráfica 9. *Si han tenido relaciones sexuales*

Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

Gráfica 10. *¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?*

Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

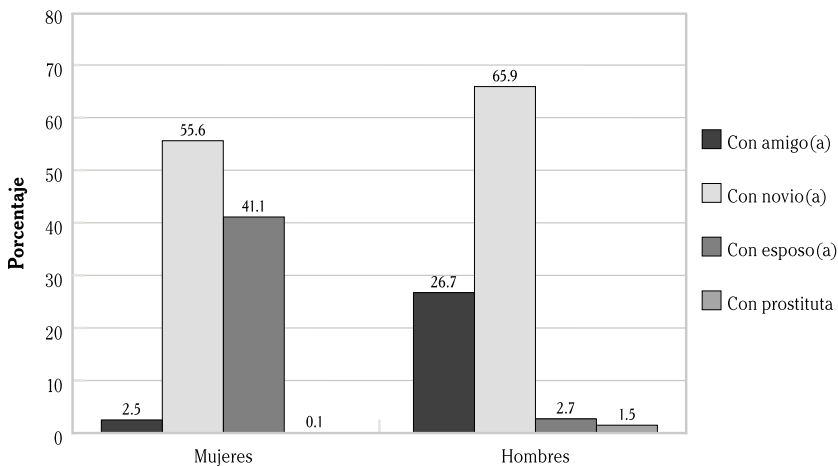
porque de pronto existe la idea de que los jóvenes no tienen sentimientos; y no, no parece que esto sea así, de acuerdo con lo que ellos mismos dicen (véase gráfica 8).

¿Quiénes han tenido relaciones sexuales entre los 15 y los 19 años? Tenemos registrados 26.8 por ciento de los hombres y 18 por ciento de las mujeres (véase gráfica 9). ¿Con quién? Con un amigo o amiga, 30 por ciento de los hombres y 2.5 por ciento de las mujeres; con el novio o novia, 42 de los hombres y

29 de las mujeres; con el esposo, 16 por ciento de los hombres y 65 de las mujeres; y con una prostituta —esto es interesante— 5.4 por ciento de los hombres. En la encuesta de 1988 a estudiantes, este indicador fue de 20 por ciento; o sea, cambió de la prostituta a la novia (véase gráfica 10). (Hay más prostitutas jóvenes, pero ése es otro tema, de otras investigaciones; los clientes de las jóvenes son hombres adultos, más grandes.)

Los resultados en el Distrito Federal en este tema son diferentes de los del resto del país. Varían bastante: con la novia, 65; con la esposa, 2; con una prostituta, sólo 1.5 por ciento; pero si buscamos el grupo de edad de 15 a 24 años, cero por ciento de los jóvenes del Distrito Federal se han iniciado con una prostituta: es muy fuerte ese dato, aquí ya pasó, entre jóvenes, esa moda (véase gráfica 11).

Gráfica 11. Distrito Federal / ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

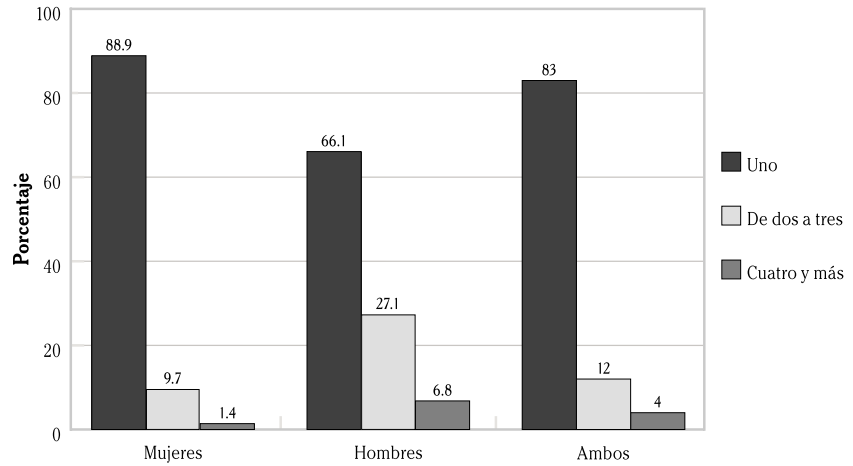


Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

¿Cuántos compañeros sexuales han tenido? Los resultados son muy interesantes, porque también hay la idea de que los jóvenes son promiscuos y las jóvenes se embarazan y no saben ni de quién. Ochenta y tres por ciento había tenido una pareja el año anterior (la encuesta fue en 2000, o sea que en 1999 tuvieron una sola pareja sexual); de dos a tres, 12 por ciento; y cuatro o más, cuatro por ciento. Las mujeres somos más fieles, sin duda: 88.9 por ciento tuvieron una sola pareja (véase gráfica 12).

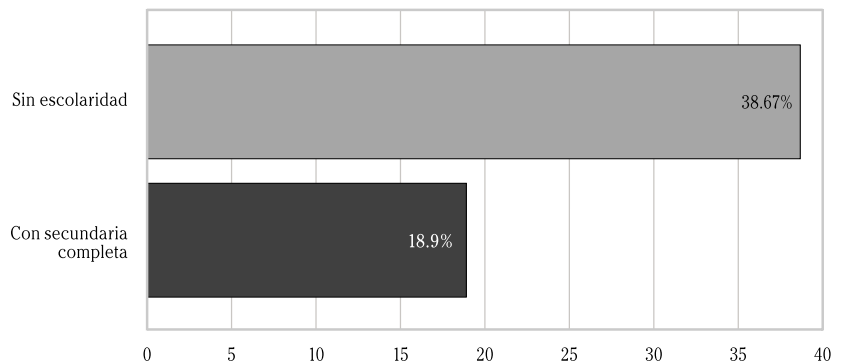
Desde luego, siempre hay una relación de escolaridad con el inicio de relaciones sexuales, en todas las encuestas del mundo, y México no es la excepción. Los que tienen menor escolaridad se inician antes: 38 por ciento; y

Gráfica 12. Número de compañeros sexuales que han tenido los jóvenes en 2000



Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

Gráfica 13. Jóvenes de 15 a 19 años que han tenido relaciones sexuales según escolaridad

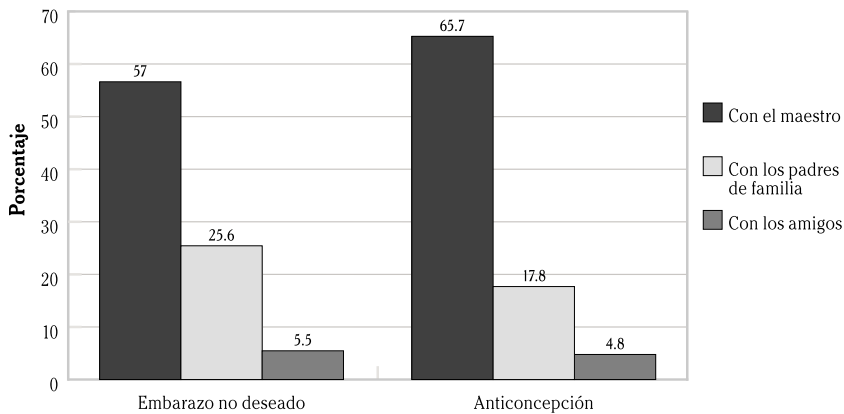


Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

de los que ya tienen secundaria completa sólo se inicia 18 por ciento. Sin duda, éstas son las variables determinantes: el inicio y la escolaridad (véase gráfica 13).

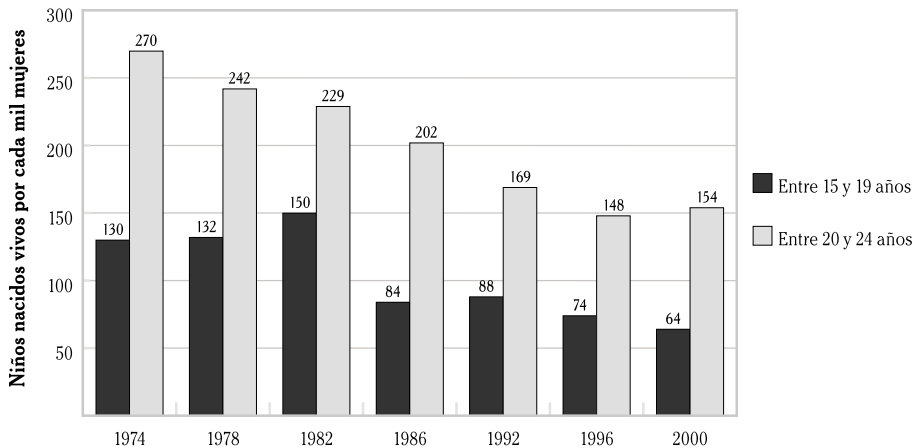
En la encuesta de Mexfam en ciudades, se pregunta más específicamente sobre embarazo y anticoncepción, y vuelve a ser el maestro –me gusta decir la maestra, porque 90 por ciento son mujeres–, en 57 y 65 por ciento de los adolescentes, la persona con quien han hablado de estos temas; después vienen

Gráfica 14. Porcentaje de adolescentes urbanos (15-19 años) que han hablado sobre embarazo no deseado y anticoncepción



Fuente: Mexfam / Investigación en Salud y Demografía, Encuesta Gente Joven 1999, México, 2000.

Gráfica 15. Tasas específicas de fecundidad de mujeres de 15 a 24 años, 1974-2000



Fuentes: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987, Secretaría de Salud.
Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid), 1992 y 1997, INEGI.

los papás (25.6 y 17.8 por ciento); y los amigos, en un cinco por ciento (véase gráfica 14).

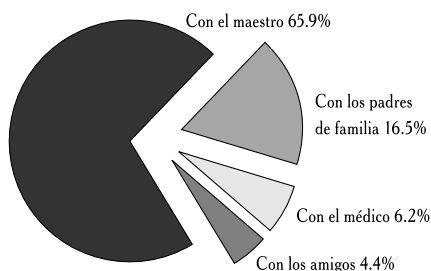
En la gráfica 15 podemos observar el efecto directo en la fecundidad de las mujeres. En dos encuestas: la Nacional sobre Fecundidad y Salud, y la Nacional sobre Dinámica Demográfica, de 1992 y 1997, se muestra cómo ha variado la tasa de fecundidad en las jóvenes de 15 a 19 años de edad: de 130

Gráfica 16. Descenso de madres menores de 20 años



Fuente: Conapo, *La población de México en el nuevo siglo*, México, 2001.

Gráfica 17. Porcentaje de adolescentes urbanos que han hablado sobre sida



Fuente: Mexfam / Investigación en Salud y Demografía, Encuesta Gente Joven 1999, México, 2000.

por mil ha bajado a 64, a la mitad. En mujeres más grandes la reducción fue sólo en una tercera parte. Muy importante: la mitad de embarazos en mujeres menores de 20 años es lo que hemos logrado con 30 años de educación sexual.

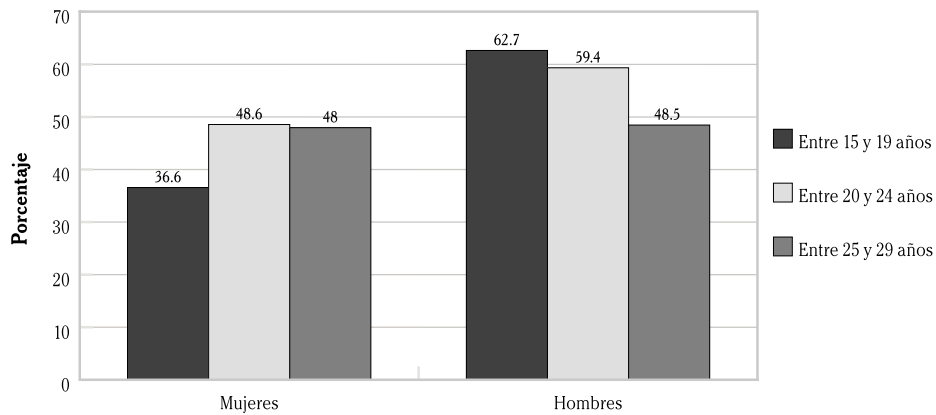
En 1974, una de cada ocho jóvenes era madre antes de los 20 años, y hoy es una de cada 14 (véase gráfica 16).

El sida también es otro tema propio de la escuela. Apenas en 1998 se incorporó el condón en la primaria, pero ya se hablaba del condón y del sida en la secundaria, y aquí el maestro sigue siendo la fuente de quien los adolescentes han oído hablar del sida en 65 por ciento de los casos; y de los padres de familia, en 16 por ciento (véase gráfica 17). Tanto de sida como de embarazo y anticonceptivos, el maestro ha sido la clave para obtener información.

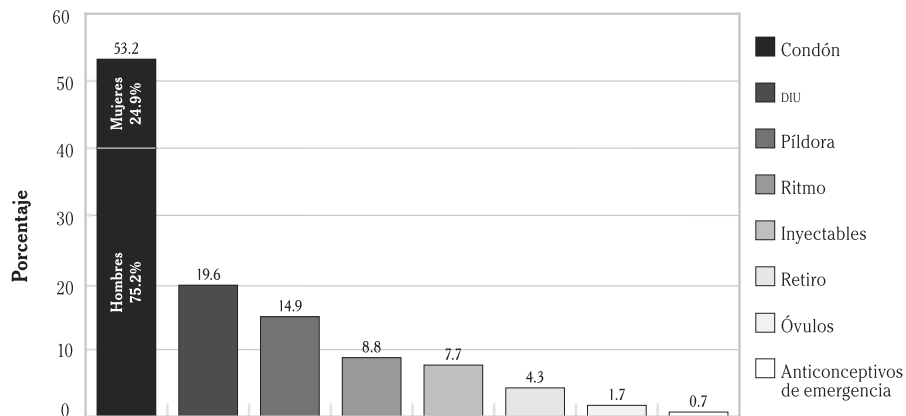
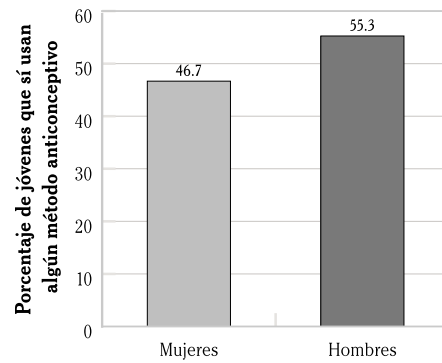
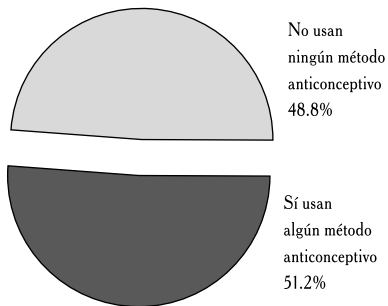
En esta misma encuesta se analiza el uso de métodos anticonceptivos en tres generaciones: de 25 a 29 años de edad, de 20 a 24, y de 15 a 19. El uso de algún método anticonceptivo aumentó de 48.5 a 62.7 por ciento; o sea, los más jóvenes usan mucho más el condón; y en las mujeres notamos un decremento, relacionado también con el uso del condón: en la medida en que los hombres están usando más el condón —es una interpretación—, los jóvenes y ellas también están usando menos pastillas, porque el que se está protegiendo es el compañero (véase gráfica 18).

En las gráficas 19 a 21 vemos los tipos de anticonceptivos que usan los jóvenes: 51 por ciento utiliza métodos anticonceptivos, de los cuales, 53 por ciento usa condón. Setenta y cinco por ciento de los hombres de entre 15 y 29 años de edad han usado condón; es altísimo, es inédito, es un logro, en diez años, impresionante. No tenemos el dato exacto pero teníamos encuestas de estudiantes o encuestas en la ciudad de México, en las que resultó que el uso de métodos anticonceptivos entre los jóvenes no iba más allá de 25 o 30 por ciento, cuando mucho, y que, además, los métodos principalmente usados eran el ritmo y el retiro.

Gráfica 18. Usan algún método anticonceptivo



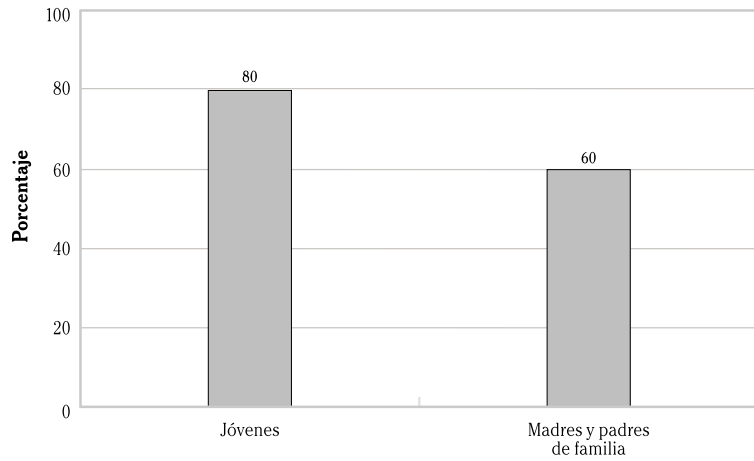
Gráficas 19, 20 y 21. Tipo de anticonceptivo que usan los jóvenes



Fuente: SEP / Instituto Mexicano de la Juventud / INEGI, Encuesta Juventud 2000, México, 2000.

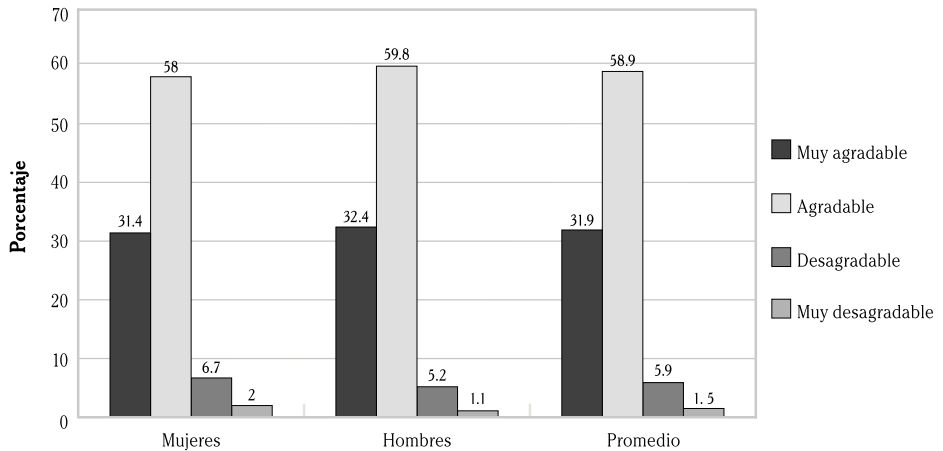
También hay que hablar de la influencia de la televisión en cuanto al uso del condón. Esto es un dato de la evaluación de la campaña de prevención de sida que se hizo en 1998, donde tanto los jóvenes como los padres y madres reconocen que la televisión ha sido clave para el uso del condón: 80 por ciento de los jóvenes y 60 por ciento de los papás (véase gráfica 22).

Gráfica 22. Reconocen influencia positiva de la televisión en el uso del condón



Fuente: Conasida, Evaluación de la campaña de prevención de VIH/sida, fase III, México, 1998.

Gráfica 23. Valoración de la primera relación sexual



Fuente: Conasida, Evaluación de la campaña de prevención de VIH/sida, fase III, México, 1998.

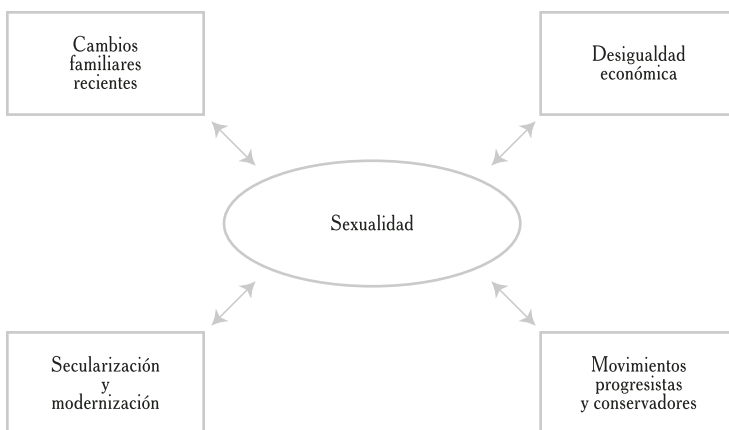
Desde mi punto de vista, uno de los logros más importantes de la educación sexual es que cuando se les pregunta qué tan agradable fue su primera experiencia sexual, 31.9 por ciento dijo que fue muy agradable; 58.9, que fue agradable; seis por ciento, desagradable; y 1.5, muy desagradable (podría tratarse de violaciones, abusos, etcétera). Noventa y dos por ciento han vivido su primera relación sexual como algo muy agradable o agradable. Es un dato muy fuerte. Eso dicen los muchachos y las muchachas, no hay gran diferencia por sexo; tal vez el porcentaje de los hombres es un poco mayor. Esto seguramente se relaciona con todos los recursos y la información que han tenido por treinta años.

Retos

Tenemos que adaptar los programas de educación sexual a los cambios familiares recientes: las relaciones de parentesco tan variadas, los diversos tipos de familia, las jefas de familia, las madres solteras (fenómeno que está creciendo en México), las sociedades de convivencia, las parejas homosexuales y gays, las familias formadas por personas que no son parientes, los que viven solos (siete millones), es decir, tenemos que hablar ya de esa diversidad en los programas de educación sexual.

También tenemos el problema y el reto de todos los programas: la desigualdad económica; al respecto existe el compromiso de la Cuarta Conferencia Mundial de Población de vincular el desarrollo y las políticas de población.

Retos actuales



Vamos a llevar la secularización y la modernización a los medios; falta comprometer a los medios de comunicación, porque son los que forman la cultura hoy.

Hay movimientos progresistas y conservadores encontrados en muchos niveles, y eso da lugar a una polarización nueva, lo cual también nos da claridad sobre la dimensión política de nuestro tema.

Derechos sexuales de las y los jóvenes en el marco de los derechos humanos en México

Víctor Brenes
Berho

29

Como todo derecho humano, los derechos sexuales de las y los adolescentes parten de características fundamentales del ser humano relacionadas con una dimensión estructural que tiene que ver con su libertad y la capacidad de decidir, de disfrutar y sentir el placer, así como de vivir la sexualidad acorde a sus deseos, gustos y preferencias. Los derechos sexuales que se presentan en esta exposición son producto de derechos fundamentales universalmente reconocidos y de experiencias particulares e históricas, de realidades concretas y dinámicas.

Los derechos sexuales de adolescentes y jóvenes son producto del movimiento feminista, del movimiento lésbico, gay, transexual y bisexual, de las propuestas sobre infancia y las transformaciones culturales que modifican la visión de la sexualidad. Los factores económicos, políticos, sociodemográficos, los avances científicos, la aparición de nuevos virus en la escena mundial, la transformación de las relaciones entre géneros y la propia concepción de las y los jóvenes y adolescentes como sujetos de derecho han influido en la construcción de los derechos sexuales.

En el año 2003, en Afluentes, S.C., se llevó a cabo una investigación muy completa y minuciosa sobre estos derechos; estuvo a cargo de la antropóloga Alicia Mesa Bribiesca; y se basó en el debate internacional y local, así como en el análisis de los tratados internacionales y la legislación nacional. Del resultado de esta investigación se han desarrollado once categorías que en un primer momento engloban los principales derechos sexuales de adolescentes y jóvenes, como son: el derecho a la vida digna, el derecho a la igualdad y a ser libre de toda discriminación, el derecho a vivir sin violencia sexual, el derecho a la libertad de opinión y expresión, el derecho a la información sobre sexualidad, el derecho a decidir sobre el cuerpo y la sexualidad, el derecho a la vida privada, el derecho a la educación sexual, el derecho a la salud sexual y reproductiva y el derecho a beneficiarse del progreso científico.

Secretario particular
del presidente de la
Comisión de Derechos
Humanos del Distrito
Federal.

La presente exposición es la síntesis de una investigación donde se analizaron más de cuarenta tratados, declaraciones y resoluciones internacionales de derechos humanos, 26 leyes y normas nacionales y 27 artículos, libros y folletos de organismos de la sociedad civil internacional y nacional sobre los derechos sexuales y reproductivos que contribuyeron en la categorización y contenidos de los derechos.

Se espera que todos los derechos humanos sean jurídicamente exigibles ya que el Estado debe garantizar su protección. Es importante reconocer que hay muchos derechos humanos que no están en las leyes o que todavía no son exigibles y les falta un largo proceso para su exigibilidad y justiciabilidad.

El avance de los derechos de los niños, niñas y adolescentes es el resultado de un proceso gradual que permite reconocer a los “menores” como sujetos de derechos, anteponiendo sus intereses frente a los padres y el Estado. En este proceso de reconocimiento han existido contradicciones que persisten en el debate sobre los derechos sexuales de adolescentes.

En sus inicios, la legislación nacional e internacional ignoraba que las personas en la etapa de infancia o adolescencia podían ser sujetas de derecho, por lo que se protegían algunas facultades discrecionales de los padres sobre los hijos e hijas. El supuesto interés por los derechos de los niños, niñas y adolescentes se estableció en la esfera privada hasta que figuras como la del divorcio lograron que el Estado comenzara a plantearse la tutela de los niños y niñas. En principio, la obligación del Estado se ubicó con una visión paternalista donde las autoridades decidían por los y las menores; ello provocó que se estableciera un interés público por los derechos de los niños y niñas frente a sus padres.¹

La práctica pública, muchas veces contraria a la garantía de los derechos de la infancia, impulsó a que se revisaran los límites entre el derecho y el deber de los padres, así como el deber del Estado para evitar abusos de poder sobre la infancia. La propuesta de este equilibrio se reflejó en el reconocimiento del interés superior del niño, niña y adolescente frente a la actuación de los padres y el Estado.

En el ámbito internacional, el debate sobre los derechos de la niñez y la adolescencia se añadía a la controversia sobre la diversidad cultural con respecto a la crianza, la iniciación sexual y la necesidad de establecer un parámetro común que garantizara la protección de todos los derechos de la niñez y la adolescencia con la finalidad de evitar la discriminación por edad. En torno a los derechos sexuales el debate se profundiza: los términos de *adolescencia*²

¹ Miguel Cillero Bruñol, “El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño” en *Los derechos de la niñez y la adolescencia / Tenemos derecho a tener derechos*, Órgano Judicial-Escuela Judicial / UNICEF, Panamá, 1999, pp. I-X.

² El Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales critica el concepto de adolescencia entendido como “una fase de subordinación con límites y marginación impuestos a una

y *juventud* se acompañan de prejuicios e intereses que recaen en la regulación de la conducta y de los usos del cuerpo, teniendo una visión del adolescente más problemática que propositiva.

En el fondo del debate sobre la concepción del niño/a y del adolescente está la transición de un sistema de “protección tutelar” basado en una cultura que parte de la visión del adulto sobre el y la adolescente a uno que garantice de forma integral los derechos de la infancia.

El reconocimiento de los niños y las niñas como sujetos de derecho se basa en el principio de igualdad y no discriminación inherente a todas las personas sin distinción de edad

Un tema fundamental para el reconocimiento de los derechos de la infancia y la adolescencia es la definición de la edad. Debido a que la edad parte de la autopercepción y del contexto cultural, puede discrepar de los rangos establecidos por los tratados. En el manejo operacional, los términos de infancia y adolescencia con respecto a los derechos humanos se han determinado en los tratados internacionales como aplicables a las personas menores de 18 años cumplidos.

El reconocimiento de los niños y las niñas como sujetos de derecho se basa en el principio de igualdad y no discriminación inherente a todas las personas sin distinción de edad. En este sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que “los niños poseen los derechos que corresponden a todos los seres humanos –menores y adultos– y tienen además derechos especiales derivados de su condición, a los que corresponden deberes específicos de la familia, la sociedad y el Estado”.³

La sexualidad como una dimensión única del ser humano que acompaña a la persona desde su nacimiento hasta la muerte es fundamento de los derechos sexuales y reproductivos para los y las niñas, jóvenes y adolescentes, sin distinción. El disfrute de estos derechos es parte de los objetivos de la protección de los derechos de los niños y niñas en el ámbito internacional. En el ámbito nacional, los derechos de los niños, niñas y adolescentes han quedado garantizados en el artículo 4º constitucional, en la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y en la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, así como en otras normas y reglamentos de carácter general.

clase de edad en sociedades fundadas en la desigualdad y el provecho y no el respeto a toda persona”. Claudia Fronjosá Aguilar, Arturo Mercado Gurrola, Hedy M. Villaseñor Hernández (comps.), *Memoria “Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales, Los Jóvenes Tenemos Derecho, 13-17 agosto 2000, Tlaxcala”*, Instituto Mexicano de la Juventud / Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos / Dirección de Programas para la Juventud / Acciones, A.C. / Secretaría de Educación Pública, México, 2000, p. 62.

³ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Opinión Consultiva OC-17/2002, de 28 de agosto de 2002, solicitada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Condición jurídica y derechos humanos del niño*, numeral 54.

En el artículo 4º de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, donde se reconoce el interés superior del niño, queda establecido que “el ejercicio de los derechos de los adultos no podrá, en ningún momento, ni en ninguna circunstancia, condicionar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes”.

La construcción de los derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes

Primera etapa, décadas de 1950 y 1960: Los derechos de la mujer

Contexto

Los derechos sexuales se derivan de los derechos básicos de primera y segunda generación donde se enfatiza el derecho a la equidad, a la no discriminación y la libertad. En la década iniciada en 1950 se fortalecen los organismos intergubernamentales y se reconoce la importancia de la participación de la mujer en la política, la economía y la cultura. El papel de los Estados en la protección de los derechos humanos se define en bloques con respecto a los derechos civiles y políticos, y los derechos económicos, sociales y culturales.⁴ Las altas tasas de crecimiento poblacional en la década de 1970 impulsan los programas de planificación familiar y enfocan algunos derechos reproductivos.

Al mismo tiempo, la transformación de las sociedades industriales (con grandes migraciones a las ciudades) favorece la emergencia de culturas juveniles. Surgen expresiones que cuestionan los sistemas tradicionales de control social. Las investigaciones y la política de los Estados se dirigen hacia la integración de los jóvenes disfuncionales a la sociedad, quienes a veces son vistos como una “anemia social”. En México y los Estados Unidos se hacen estudios sobre los pachucos y cholos de la frontera. La situación crítica de jóvenes se refleja en el cine mexicano en películas como *Los olvidados* de Luis Buñuel.

Tras el término de la segunda guerra mundial, en los Estados Unidos se crea un modelo de juventud confinado en las instituciones educativas que deviene en un nuevo segmento de mercado: “los consumidores adolescentes”

⁴ La división entre el bloque capitalista y el socialista resultó en la conformación de dos pactos internacionales donde el papel del Estado es distinto: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (el Estado no debe realizar acciones más allá de sus ordenamientos para respetar los derechos humanos) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (donde el Estado es activo y debe garantizar los derechos por medio de la instrumentación de políticas públicas).

no productivos. La cultura de masas comienza a difundir a los héroes de la música y la cinematografía James Deane y Elvis Presley⁵ con nuevos valores y perspectivas sobre su sexualidad. Emergen figuras femeninas como Janis Joplin y se finaliza la década con expresiones públicas de pacifismo y liberación sexual (Woodstock - Avándaro).

Después de la segunda guerra mundial, en Italia se habla de los *ragazzi* como producto de una etapa de pobreza, crimen y reconstrucción en una sociedad donde aumentaba el crecimiento urbano y la modernidad industrial. Los jóvenes comienzan a visualizarse como actores sociales (Pasolini, Gramsci y De Martino).

A finales de la década de 1960 se inicia el movimiento gay al tiempo que el hombre llega a la Luna. Una nueva identidad de los estudiantes conformaría el movimiento estudiantil del '68, cuyas reivindicaciones se cristalizaron en la transformación política y económica en los países industrializados y de economías dependientes.

Reconocimiento de derechos

Las declaraciones y pactos surgen sobre todo de la experiencia de la posguerra y retoman la importancia de la promoción de los derechos de la mujer y el niño/a. En la primera etapa ubicamos la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948), la Declaración de los Derechos del Niño (1959), el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1966), el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), la Convención Americana de los Derechos Humanos y la Declaración sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1967).

Los derechos de las mujeres se impulsaron como condición indispensable para el respeto de los derechos humanos y el desarrollo de los países: el derecho a la libre determinación de las mujeres, el derecho a su pleno y libre consentimiento para el matrimonio y el impulso de su participación política. Se protege el acceso universal a los servicios médicos y a la educación y se reconocen los derechos reproductivos como derechos humanos.⁶ La

⁵ Feixa Carles, *El reloj de arena*, Culturas Juveniles en México, Colección JÓVENes núm. 4, Causa Joven / SEP, México, 1998, p. 40.

⁶ Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, capítulo primero, artículo VII: "Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidado y ayuda especiales". Protocolo de San Salvador, artículo 9, párrafo 2: "Cuando se trate de personas que se encuentren trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto". Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre adoptada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos el 2 de mayo de 1948. AG/RES. 1591 (XXVIII-0/98).

educación sexual, que desde los años treinta del siglo pasado es marginada de la discusión internacional, se reduce a una visión natural del derecho de la mujer: “Acceso a material informativo para ayudarla a asegurar la salud y bienestar de su familia”.⁷

En cuanto a los derechos de los y las jóvenes, comienzan a contemplarse en la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, donde se incluye a los menores de 18 años pero con una mirada paternal y sin ser reconocidos como sujetos de derecho. El niño es definido como un agente pasivo en quien recaen las políticas, argumentando su “falta de madurez física y mental”, por lo que “necesita de protección y cuidados especiales”, a la vez que se sientan las bases para la educación sexual.

En el principio 7 de la Declaración de los Derechos del Niño se reconoce al niño y la niña el derecho de acceso a la educación “que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social”. Asimismo, se enfatiza el derecho a recibir los servicios médicos adecuados. El principio 2 reconoce el derecho del niño “para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad”.⁸

Además, en la Declaración se define por primera vez el principio rector: “el interés superior del niño” para el disfrute pleno de todos sus derechos, su desarrollo físico, mental y moral, el ejercicio de la libertad y la conformación de su juicio individual con la finalidad de que sea social y moralmente responsable.⁹

Segunda etapa, décadas de 1970 y 1980: Educación sexual con enfoque reproductivo

Contexto

La necesidad de fortalecer las políticas que promuevan un crecimiento más lento de la población tiene directa repercusión en el derecho a la educación sexual. La política dirigida a jóvenes permanece con visión integracionista, y, sin embargo, los movimientos juveniles dejan de ser considerados marginales, tomando importancia como peligro para la hegemonía del Estado, la

⁷ Artículo 9, e), de la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, proclamada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su resolución 2263 (XXII), de 7 de noviembre de 1967. UN Doc. No. A/RES/48/104.

⁸ ONU, Declaración de los Derechos del Niño proclamada por la Asamblea General en su Resolución 13/86 de 20 noviembre de 1959. Preámbulo. UN Doc. No. A/RES/13/86 (XIV).

⁹ *Ibid.*

seguridad interna y la defensa de intereses nacionales. Se aplican mecanismos represores en distintas latitudes: a la juventud estadounidense que se expresó en contra de la guerra de Vietnam, a las “Black Panthers” en Nueva York, al movimiento estudiantil en Francia y México, etcétera.

La necesidad de fortalecer las políticas que promuevan un crecimiento más lento de la población tiene directa repercusión en el derecho a la educación sexual

La música expresa una crítica al Estado, la guerra, los modelos de familia y la moral enfatizando la diversidad.¹⁰ Diversos patrones se rompen con la música de los años setenta y ochenta que proyectan a Los Beatles, los Rolling Stones, Pink Floyd o The Cure. Algunos cantantes de *rock* actúan transgrediendo los símbolos de identidad masculina o femenina, aparecen como travestis (iniciando por David Bowie), y también se refuerzan los derechos de expresión de los gays, como Boy George.

Para las autoridades políticas y religiosas, las y los jóvenes se convierten en una amenaza a los valores y los intereses dominantes. Los medios de comunicación muestran a los grupos como “demonios populares”, al tiempo en que se convierten en un medio de expresión y espacio de libertad de jóvenes.¹¹

Con la aparición del VIH/sida en 1982 se coloca en el ámbito internacional la discusión sobre la sexualidad más allá de la planificación familiar. El tema del VIH/sida da paso a otros temas como la discriminación por orientación sexual u homofobia, abriendo nuevas controversias entre los diversos actores sociales y haciendo ver su dimensión política al relacionar la vida sexual con las regulaciones morales y las relaciones de poder.¹²

Reconocimiento de derechos

Por primera vez, los jóvenes son reconocidos en el ámbito internacional como un sector de especial interés. En 1985 se celebra el Año Internacional de la Juventud.

Con respecto a los tratados de derechos humanos, en la década de los setenta e inicios de los ochenta se efectuaron los siguientes avances:

¹⁰ *Rock y Punk en México*: Héctor Ricardo Hernández Rogers, exmiembro de la banda “Rebelde Punk”, casete 1, Afluentes, México, 2003.

¹¹ Carles Feixa, “De las bandas a las culturas juveniles” en *El reloj de arena / Culturas juveniles en México*, SEP-Causa Joven, México, 1998, pp. 37-56.

¹² Gabriela Rodríguez y Benno de Keijzer, *La noche se hizo para los hombres / La sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinas y campesinos*, Population Council, México, 2002, p. 17.

a) Durante 1974 se aplica por primera vez una política estatal de planificación familiar y un Programa Nacional de Educación Sexual.¹³ En México se realiza la Conferencia Mundial de la Mujer (1975) y se observan las recomendaciones de la Primera Conferencia Internacional sobre Población de Bucarest (1974) para llevar a cabo programas de educación sexual. Los derechos sexuales y reproductivos se enfocan hacia la prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual; en el sector salud se dirigen programas a las mujeres mayores de 20 años y a las unidas o casadas más jóvenes; en el sector educativo se incluye en los libros de texto de enseñanza básica los temas de pubertad, reproducción humana, prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

b) En 1979 se redacta la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, donde se reconoce la importancia de la participación de la mujer en la vida política, cultural y económica de los Estados. En la Convención se garantizan sobre todo los derechos relacionados con la reproducción de la mujer (planificación familiar, decisión sobre el número de hijos, incluyendo la información suficiente, y asesoría, cuidado durante el embarazo, el parto y el periodo posterior al embarazo).¹⁴ Predomina el concepto de mujer como madre, lo cual determina el enfoque de las políticas de salud pública en esa dirección.

En 1989, al aprobarse en la Organización de las Naciones Unidas la Convención sobre los Derechos del Niño, ocurre un cambio de visión sustancial, al transitar de un sistema de “protección tutelar represivo” basado en una cultura “adultista” a uno de “responsabilidad y garantista” basado en la doctrina de protección integral

c) En 1989, al aprobarse en la Organización de las Naciones Unidas la Convención sobre los Derechos del Niño, ocurre

un cambio de visión sustancial, al transitar de un sistema de “protección tutelar represivo” basado en una cultura “adultista” a uno de “responsabilidad y

¹³ Consultoría en Prensa y Comunicación, “De Hipócrates a los anticonceptivos” en *Investigación y Desarrollo, Periodismo de Salud, Ciencia y Tecnología*, suplemento de *La Jornada*, marzo de 2002.

¹⁴ En la Convención se garantizan los siguientes derechos: 1) 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 [art. 11.1.f)]; 2) Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella [art. 11.2.d)]; 3) Eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica (...) inclusive [en] los [servicios] que se refieren a la planificación de la familia [art. 12.1]; 4) Los Estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia [art. 12.2]; 5) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información,

garantista” basado en la doctrina de protección integral, en la cual el niño o niña es considerado/a como sujeto de derecho; de esta manera se supera la concepción de los menores de 18 años como objetos de protección.¹⁵

d) El nuevo enfoque rescata la importancia de que el niño y la niña se formen un juicio propio, se preparen para asumir una vida responsable en una sociedad libre, se expresen libremente sobre todos los asuntos que los afecten, y tengan la libertad de buscar, recibir y difundir información e ideas de todo tipo, en especial, aquellas que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual, moral y su salud física y mental. Entre otros puntos clave se reconoce el derecho de los y las menores a la libertad de conciencia, pensamiento y religión.¹⁶

A esto se suma que los Estados deben adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño de cualquier abuso, incluido el abuso sexual, la prostitución y otras prácticas sexuales ilegales. Se desarrolla el derecho al acceso a los servicios de salud, “la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia”.¹⁷

El derecho a la educación de las y los jóvenes sigue en discusión, ya que en muchos casos éste se ve limitado por el ejercicio de la obligación de los padres a educar a sus hijos.¹⁸

asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia [art. 14.2.b)]; 6) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos [art. 16.1.e)]. ONU, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de la ONU el 18 de diciembre de 1979 y en vigor desde el 3 de septiembre de 1981 de acuerdo con el artículo 27. UN Doc. No. A/RES/34/180.

¹⁵ En opinión del Instituto Interamericano del Niño: “A partir de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, los Estados del continente iniciaron un proceso de adecuación de su legislación a la luz de la doctrina de la protección integral, en la cual se considera al niño como sujeto pleno de derechos, dejando atrás la concepción de que es sujeto pasivo de medidas de protección. En ésta se contempla una jurisdicción altamente discriminante y excluyente, sin las garantías del debido proceso, en la que los jueces tienen amplias facultades discrecionales sobre cómo proceder en relación con la situación general de los niños. Se dio así la transición de un sistema ‘tutelar represivo’ a uno de responsabilidad y garantista en relación con los niños (...)”. Corte Interamericana de Derechos Humanos, Opinión Consultiva OC-17/2002, de 28 de agosto de 2002, solicitada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Condición jurídica y derechos humanos del niño*, numeral 15.

¹⁶ Artículos 12, 13, 17 y 29 de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de la ONU en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49. UN Doc. No. A/RES/44/25. Posteriormente citada como CDN.

¹⁷ Artículo 24 de la CDN.

¹⁸ Artículo 14.2 de la CDN: “Los Estados parte respetarán los derechos y deberes de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de sus derechos de modo conforme a la evolución de sus facultades”.

Tercera etapa, década de 1990: Jóvenes como sujetos de derecho

Contexto

Desde la década de 1980 la pandemia del VIH/sida generó que en el ámbito internacional se establecieran mecanismos de prevención inmediata cuyo objetivo principal fueron los y las jóvenes. Este síndrome dio visibilidad a la diversidad de prácticas sexuales que van más allá del modelo de familia.

En la década de los noventa son frecuentes las movilizaciones por los derechos de las personas que viven con VIH/sida y la defensa de la diversidad. Convergen organismos civiles de origen lésbico-gay, con feministas y asociaciones con compromiso social en programas educativos y de salud.

El movimiento gay toma relevancia y contribuye al fortalecimiento de las

El movimiento gay toma relevancia y contribuye al fortalecimiento de las discusiones sobre el derecho a la no discriminación por orientación sexual y los derechos de los y las jóvenes a tener una sexualidad libre y placentera

discusiones sobre el derecho a la no discriminación por orientación sexual y los derechos de los y las jóvenes a tener una sexualidad libre y placentera. En diversos países trascienden las discusiones más allá de la prevención del VIH/sida debido a problemas de discriminación laboral, educativa y de registro civil (leyes de sociedades de convivencia, cambio de sexo en el acta de nacimiento), derechos de los

reclusos travestis, transexuales y transgéneros.

La discriminación sexual y los problemas de salud de las mujeres llevan a la concientización de ofrecer asesoría adecuada a los y las adolescentes y marca el posicionamiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

Tres eventos internacionales enmarcan esta nueva visión: la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (CCMM, 1995), y la Declaración de Compromisos sobre VIH/sida. En el seguimiento de la CIPD y la CCMM cinco años después se confirma esta posición, pero se presenta con fuerza la oposición de la Nueva Derecha, como reacción a los avances logrados. Comienza a abrirse el tema de la educación sexual integral de jóvenes, el derecho a una sexualidad libre y responsable, el derecho de las mujeres a controlar su propio cuerpo y elegir sobre cualquier método anticonceptivo y la interrupción del embarazo en condiciones de seguridad en los países donde las leyes lo permiten.¹⁹

¹⁹ Gabriela Rodríguez R., *Salud reproductiva y servicios de salud desde la perspectiva de género: La participación de las ONG's y organizaciones comunitarias en la salud reproductiva*, Afluentes, México, 2003, p. 3.

Concepto y reconocimiento de derechos sexuales

Como vemos, el impulso de los derechos sexuales ha sido resultado de un proceso de construcción, reconocimiento y profundización de los derechos de las mujeres y de los jóvenes tanto en ámbitos locales como en el ámbito internacional. Estos derechos se han fundamentado en tratados internacionales y definido en programas de acción derivados de conferencias internacionales, así como en documentos suscritos por instituciones gubernamentales y organizaciones civiles.²⁰ Su construcción ha sido producto de la movilización de diversos actores, entre los que destacan líderes feministas, del activismo gay y lésbico, de organizaciones de lucha contra el sida, y de otros factores –culturales, económicos y sociodemográficos– que han puesto en la mesa de debate los derechos sexuales.

...el impulso de los derechos sexuales ha sido resultado de un proceso de construcción, reconocimiento y profundización de los derechos de las mujeres y de los jóvenes

Los derechos sexuales fueron definidos por primera vez en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. En el párrafo 96 de la Plataforma de Acción resultante de esta conferencia se afirma que:

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.

Sin duda, en el fondo de los derechos sexuales están los derechos fundamentales: el de igualdad, libertad y fraternidad que marcaron el origen histórico de los derechos humanos. Los derechos sexuales están conformados por derechos de las tres generaciones: civiles y políticos; económicos, sociales y culturales; y de solidaridad.

²⁰ Algunos ejemplos son: Organización Iberoamericana de la Juventud, Carta Iberoamericana de Derechos de la Juventud, primer borrador, Madrid, 1999; CNDH, Ave de México, Mexfam, CECASH, El Armario Abierto, Afluentes, Diversa, FAI, Demisex, GIRE, Chiltac, COPHI, Acciones et al., Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes “Hagamos un hecho nuestros derechos”, CNDH, México, 2002.

1. El derecho a la libertad de conciencia y religión es un derecho fundamental que permite el ejercicio de otros derechos como el derecho a la libre decisión sobre el cuerpo y la sexualidad.

El derecho a la libertad de conciencia es reconocido en los tratados internacionales, las conferencias internacionales como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (1995). En el marco jurídico nacional, la libertad de conciencia es un derecho constitucional establecido tanto en el artículo 24 como en el tercero, y reglamentado por la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público. La Constitución y la Ley garantizan que el Estado se fundamente en la soberanía del

pueblo y no en el poder sagrado. En la Ley de Asociaciones Religiosas se reconoce al Estado mexicano como laico; se establece la separación de las iglesias con respecto al Estado, que éstas no deben interferir en las políticas públicas y, menos aún, tener conductas contrarias a la salud o integridad física de los individuos. El artículo tercero constitucional, la Ley General de Educación y la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes mencionan el derecho a la educación laica.

El reconocimiento del derecho a la libertad de conciencia es importante porque permite a las adolescentes la libertad de decidir sobre el cuerpo y la sexualidad a partir de la propia conciencia y no bajo una creencia o prejuicios religiosos. La libertad de conciencia en un Estado laico es un marco adecuado para que adolescentes y jóvenes reciban una educación laica con información científica sobre los asuntos relacionados con la sexualidad, la salud sexual y reproductiva.

2. La libertad de opinión y expresión considera el derecho a expresar públicamente los afectos sin vivir ningún tipo de discriminación por edad o preferencia sexual.

El derecho a la libertad de opinión y expresión es contemplado en la mayoría de declaraciones y tratados internacionales, incluyendo aquellos convenios relacionados con la infancia y la adolescencia. Este derecho se encuentra reconocido en el marco jurídico nacional, tanto en la Constitución como en su ley reglamentaria y otras leyes federales.

El derecho a la libertad de opinión y expresión es contemplado dentro de los artículos 6° y 7° de la Constitución Política como garantía individual, de la que no habrá ninguna inquisición judicial o administrativa sino en el caso de un ataque a la moral, los derechos de un tercero, se provoque algún delito o perturbe el orden público. La libre expresión a través de escritos o publicaciones deberá ser sin censura o coacción y el único límite será el respeto a la vida privada, la moral y la paz pública.

La libertad de conciencia en un Estado laico es un marco adecuado para que adolescentes y jóvenes reciban una educación laica con información científica sobre los asuntos relacionados con la sexualidad, la salud sexual y reproductiva

La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes incluye el derecho a la libre expresión y opinión de las ideas sin más límite que el expresado por la Constitución, así como el derecho a ser escuchados y participar en los asuntos que los afecten.

La Ley de Imprenta reglamenta el derecho a la libre expresión y define de forma más precisa sus límites y alcances. El artículo 2º; fracción II, se refiere a que el ataque a la moral puede ser:

Toda manifestación verificada con discursos, gritos, cantos, exhibiciones o representaciones o por cualquier otro medio de los enumerados en la fracción I del artículo 2º con la cual se ultraje u ofenda públicamente al pudor, a la decencia o a las buenas costumbres o se excite a la prostitución o a la práctica de actos licenciosos o impúdicos, teniéndose como tales todos aquellos que, en el concepto público, estén calificados de contrarios al pudor.²¹

El artículo anterior no debe ser considerado en contra de la libre manifestación de los afectos,²² ya que se incurriría en un acto de discriminación. Es importante que la interpretación de la Ley de Imprenta se realice en el marco de los derechos humanos y, específicamente, a la luz de las disposiciones de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.²³

3. El derecho a la vida privada es importante como derecho sexual debido a que éste parte de decisiones íntimas. La violación de este derecho atentaría contra la dignidad de la persona, su reputación y puede excluirla de otros derechos, por lo que es relevante que el manejo de la información sea confidencial.

El derecho a la vida privada es un derecho sexual básico que se extiende a las y los adolescentes y es complementario del derecho al consentimiento informado.²⁴ La confidencialidad como derecho se ha establecido en los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes tanto en la Conferencia de El Cairo, la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer y la Declaración de Compromisos de VIH/sida con el fin de respetar la integridad personal y las decisiones sobre el cuerpo y la sexualidad.

²¹ Artículo 2º, fracción II, de la Ley de Imprenta, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de abril de 1917.

²² CNDH, Ave de México, Mexfam, CECASH, El Armario Abierto, Afluentes, Diversa, FAI, Demisex, GIRE, Chiltac, COPHI, Acciones et al., *Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes "Hagamos un hecho nuestros derechos"*, CNDH, México, 2002.

²³ Artículo 9, fracción XVI, de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 11 de junio de 2003.

²⁴ Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 16, 1-2; International Planned Parenthood Federation, IPPE, *Charter on sexual and reproductive rights, Vision 2000*, IPPE, Londres, 1996, p. 16.

El derecho a la vida privada es garantizado en el artículo 16 de la Constitución Política,²⁵ la cual establece que nadie podrá ser molestado en su persona, familia o posesiones si no es por mandamiento escrito de la autoridad competente. Para que este derecho pueda ejercerse deberá estar protegido por la ley, en este sentido, se contemplan disposiciones en la Ley de Imprenta, el Código Penal Federal y la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

La Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 16 reconoce el derecho a la vida privada; sin embargo, la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes no reconoce de forma directa este derecho sino a través de la salvaguarda general de todos los derechos humanos. Es de señalarse que en las leyes y reglamentos de salud y población no se menciona el derecho a la vida privada ni a la confidencialidad; no obstante, estos derechos son establecidos en las normas oficiales mexicanas.

...en las leyes y reglamentos de salud y población no se menciona el derecho a la vida privada ni a la confidencialidad; no obstante, estos derechos son establecidos en las normas oficiales mexicanas

La confidencialidad y privacidad en las normas oficiales mexicanas se observan como una condición para crear un ambiente de confianza entre prestadores de servicios de salud y usuarios(as) que permita intercambiar información, facilitar los procesos de consejería, conocer de la existencia de violencia familiar o doméstica o ubicar fuentes de transmisión del VIH/sida. Lo anterior como parte de actitudes que deben promoverse en los prestadores de servicios de salud, a fin de que impere el respeto a la persona y no existan juicios de valor o prejuicios. Sobre la vigilancia epidemiológica y el seguimiento de contactos en los casos de VIH/sida se menciona que la información se obtendrá de los padres o responsables legales si la persona es menor de edad, lo cual incluye a adolescentes y puede afectar el derecho de éstos a la confidencialidad.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino, en caso de intervención quirúrgica, la explicación del proceso, riesgos y beneficios deberá efectuarse frente a un adulto (padre, madre o tutor) debido a los requisitos que marca el consentimiento informado.

La Norma Oficial Mexicana para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos (NOM-003-SSA2-1993) menciona el derecho a la confidencialidad en el caso de que el disponente alogénico

²⁵ "Artículo 16. Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento." Leyes y Códigos de México, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Colección Porrúa, México, 1999¹³⁰. Actualizada al 16 de febrero de 2004 por el Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México.

altruista o familiar exponga en el documento de autoexclusión confidencial que su sangre no es segura debido a que ha realizado prácticas de riesgo que lo pudieron haber expuesto al VIH/sida o hepatitis B.

4. El derecho a vivir sin violencia sexual parte del reconocimiento en el ámbito internacional y local como el derecho a la integridad física y psicológica, el derecho a la seguridad personal, a la igualdad y a la dignidad de la persona. La violencia sexual se apoya plenamente en la discriminación por género y por edad, busca someter el cuerpo y la sexualidad de la persona por cualquier medio (físico, psicológico o económico) o práctica cultural.

Los tratados internacionales que establecen medidas específicas para proteger a los niños, niñas y adolescentes de la violencia sexual son la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio 182 sobre la Prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil y la Acción Inmediata para su Eliminación, y el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de Niños en la Pornografía.

En la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer se formularon observaciones sobre las graves repercusiones que tiene la violencia en el embarazo prematuro y no deseado, el aborto en condiciones peligrosas –sobre todo en las adolescentes–, y la transmisión del VIH/sida en niños y niñas. Se reconoció que las adolescentes son más vulnerables que los adolescentes hombres al abuso sexual, la violencia y la prostitución, así como las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección. La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados y a edad prematura, así como de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y de abortar en condiciones peligrosas.²⁶

La Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer coincide con la de Población y Desarrollo en la necesidad de trabajar por la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer e incluye, dentro de sus propuestas, medidas de enseñanza para modificar los modelos de conducta sociales y culturales de la mujer y el hombre, eliminar los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de otro tipo basadas en la idea de la inferioridad o superioridad de uno de los sexos y en funciones estereotipadas asignadas al hombre y la mujer.²⁷

En México el derecho a la integridad física y psicológica, así como el derecho al desarrollo y protección integral de la infancia y la adolescencia, se encuentran reconocidos por la Constitución Política de los Estados Unidos

²⁶ Organización de las Naciones Unidas, Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995. Resolución I, anexo I, párrafo 93.

²⁷ *Ibid.*, párrafos 99 y 107, objetivo D1, 124-K.

Mexicanos y la Ley para la Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. La Ley especifica artículos relacionados con la violencia sexual en distintos ámbitos que incluyen el abuso, violación, trata, explotación y pornografía.

En 1999 se elaboró la Norma Oficial Mexicana, Prestación de Servicios de Salud / Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar (NOM-190-SSA1-1999). La Norma Oficial abarca diversas líneas de acción integrales para prevenir, proteger y rehabilitar a las personas que han vivido algún tipo de violencia familiar. La Norma establece tareas de promoción, protección, detección y diagnóstico, restauración de la salud física y mental, así como de registro de datos e investigación para mejorar los programas y la política pública con relación a esta problemática.

Es importante mencionar que a raíz de las modificaciones de 1997, el Código Civil y el Código Penal mencionan diversas disposiciones que protegen a la infancia y la adolescencia de la violencia sexual, tanto en las prácticas de violencia familiar, que son establecidas como causales de divorcio, como por las agravantes existentes en los delitos cuando son cometidos en contra de personas menores de 18 años.

El Código Penal Federal menciona diversos elementos de tipo penal referidos a la violación y la corrupción de menores que incrementan la protección de los mismos/as en un contexto de violencia familiar, de abuso de poder por parte de las personas relacionadas con la custodia, guarda y educación, entre otras. En el caso de violencia familiar el Código Penal señala que el delito será perseguido por querrela, pero en caso de ser un menor o incapaz el afectado, será perseguido por oficio.

5. El derecho a la igualdad y ser libre de toda discriminación ha sido contemplado en todos los tratados internacionales de derechos humanos. Todas las personas tienen la misma dignidad y derechos por naturaleza, y, por ello, ninguna debe ser excluida de derecho alguno. Del principio de igualdad parte el derecho a la no discriminación, el derecho a la igualdad ante la

ley y el derecho a la equidad. Es de mencionarse que el reconocimiento del derecho a la no discriminación por edad, por género y por preferencia sexual son temas de vanguardia en la discusión sobre derechos sexuales en el ámbito internacional.

La Convención sobre los Derechos del Niño protege en su artículo 2.2 la igualdad

de derechos de niños, niñas y adolescentes contra toda discriminación al considerar el interés superior del niño ante derechos encontrados y fundamenta que sus derechos sexuales no deberán ser discriminados por edad.

...el reconocimiento del derecho a la no discriminación por edad, por género y por preferencia sexual son temas de vanguardia en la discusión sobre derechos sexuales en el ámbito internacional

Un conjunto de conferencias y declaraciones tales como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo,²⁸ la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer,²⁹ el seguimiento a cinco años de El Cairo³⁰ y la Declaración de Compromisos en la Lucha contra el VIH/sida han sido claves para proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes por edad y género. El movimiento lésbico, gay, transexual y bisexual logró que en el ámbito internacional se reconociera el derecho a no ser discriminado por preferencia y/o vida sexual. Un avance inédito fue la inclusión de discriminación por orientación sexual en el artículo 6º de la Declaración de Derechos y Humanidad sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad, Aplicables en el Contexto del VIH y el Sida.³¹

En México, el artículo 4º de la carta magna reconoce el derecho de igualdad entre el hombre y la mujer. Este derecho es ampliado con la reforma del artículo 1º constitucional que incluye el no ser discriminado por edad, preferencia o condiciones de salud. La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003) define la discriminación como la exclusión, distinción o restricción basada en condiciones de salud, edad, sexo, preferencia sexual, entre otras. La Ley garantiza el acceso universal a la información sobre metodología anticonceptiva y los servicios de salud reproductiva. Lo anterior es reforzado por la Ley para la Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes que añade el reconocimiento del derecho a la información para la prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH y sida.

Dentro del tema de igualdad de oportunidades a favor de los niños y las niñas, la ley federal sobre discriminación menciona que se deberá “impartir educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad, la planificación familiar, la paternidad responsable y el respeto a los derechos humanos”.³² El reconocimiento del derecho a la educación en sexualidad y de acceso a los servicios de salud reproductiva como medidas que permiten la igualdad y la no discriminación son un claro avance para lograr la protección de los derechos sexuales de adolescentes.

²⁸ Organización de las Naciones Unidas, Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs, Population Fund, Egipto, El Cairo, 18 de octubre de 1994. UN Doc. No. A/CONE.171/13. Principios 1, 4, 8 y 9, párrafos 4.19, 4.17 y 6.8.

²⁹ Organización de las Naciones Unidas, Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, *op. cit.* Resolución I, anexo I, párrafos 72, 80, 232 y 272.

³⁰ Organización de las Naciones Unidas, Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Resolución S-21-2. 2 de julio de 1999, párrafo 3.

³¹ Derechos y Humanidad, Movimiento Internacional para la Promoción y Realización de los Derechos y Obligaciones Humanos, Declaración de Derechos y Humanidad sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad, Aplicables en el Contexto del VIH y el SIDA. Texto presentado como anexo del documento E/CN.4/1992/82 de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

³² Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, artículo 11, fracción II.

6. El derecho a la información sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva

para adolescentes y jóvenes es garantizado por los tratados internacionales de derechos humanos y orientado por las disposiciones contenidas en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo + 5, la Declaración de Compromisos en la Lucha contra el VIH/sida y las Directrices Internacionales sobre VIH/sida y los Derechos Humanos:

El derecho a la información incluye a niños, niñas, jóvenes y adolescentes. En la Convención sobre los Derechos del Niño se señala que: “El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo (...)”.³³ Lo anterior no excluye la información sobre derechos sexuales y reproductivos. En la Conferencia de El Cairo se propone elaborar programas innovadores para que todos los adolescentes y los hombres adultos tengan acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo especifica que los servicios de atención primaria a la salud deberán proporcionar información, educación y asesoramiento sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.³⁴ En cuanto a la planificación familiar, la Conferencia menciona que debe proporcionarse información accesible, completa y precisa sobre los diversos métodos, incluyendo riesgos y beneficios, los posibles efectos secundarios y su eficacia para prevenir la propagación del VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

El artículo 4º constitucional sustenta el derecho a la información sobre la reproducción y la salud como parte de la libre elección informada y la protección de la salud; a esto se suma el artículo 6º constitucional que garantiza el derecho a la información.

La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación menciona como una práctica discriminatoria la negación o limitación del derecho a la información, y específicamente sobre derechos reproductivos.³⁵ La Ley Federal señala que los órganos públicos y las autoridades federales deberán llevar a cabo como medida positiva y compensatoria a favor de la igualdad de oportunidades de los niños y niñas: “Impartir educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad, la planificación familiar, la paternidad responsable y el respeto a los derechos humanos”.³⁶

El artículo 4º constitucional sustenta el derecho a la información sobre la reproducción y la salud como parte de la libre elección informada y la protección de la salud

³³ Artículo 13.

³⁴ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, párrafo 7.5.

³⁵ Artículo 9º, fracción VI.

³⁶ Artículo 11, fracción II.

Asimismo la Ley señala como un acto discriminatorio obstaculizar las condiciones mínimas necesarias para el crecimiento y desarrollo saludable de las niñas y los niños. La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes señala el derecho a la información para la prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH/sida, las medidas para la prevención de embarazos, así como la prioridad de la información relacionada con su vida, salud y desarrollo. El Reglamento de la Ley General de Población, la Ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas sobre Planificación Familiar y para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana³⁷ contienen elementos sobre el derecho a la información en torno a metodología anticonceptiva, salud sexual y reproductiva, prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH y sida; sin embargo, el derecho a la información y la confidencialidad para adolescentes tienen algunos obstáculos debido a ciertas reglamentaciones.

7. El derecho a decidir sobre el cuerpo y la sexualidad es resultado del disfrute del derecho a la libertad de conciencia, del acceso a la información completa y veraz, así como a los medios que permitan que las decisiones que se han tomado puedan llevarse a cabo en condiciones de seguridad, legalidad y bajo el consentimiento informado.

El derecho a la libertad de decidir de adolescentes sobre el número de hijos, el cuerpo y la sexualidad es mencionado en las declaraciones y programas de acción de las conferencias internacionales y en los tratados. El derecho a decidir de los niños y niñas no se contempla como en la Convención sobre los Derechos del Niño, sin embargo, los elementos que conforman una decisión, como son el derecho a la información, la libertad de conciencia, de opinión y expresión, y a la vida privada, sí se establecen en distintos artículos de la misma. El derecho de adolescentes a decidir sobre su cuerpo y sexualidad queda establecido en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer y en la Declaración de Compromisos sobre VIH/Sida.

El nuevo concepto de salud reproductiva de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo implica programas integrales de educación,

³⁷ NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de mayo de 1994, en vigor a partir del 31 de mayo de 1994; resolución por la que se modifica, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 21 de enero de 2003 y en vigor a partir del 22 de enero de 2003; NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido / Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 6 de enero de 1995, en vigor a partir del 7 de enero de 1995, fe de erratas del 12 de agosto de 1994; NOM-010-SSA2-1993, Para la Protección y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 17 de enero de 1995, en vigor a partir del 18 de enero de 1995, con modificación publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 21 de junio de 2000, en vigor a partir del 22 de junio de 2000.

información y servicios de atención de la salud para adolescentes, incluyendo la interrupción del embarazo en los países en que éste sea legal o esté despenalizado. Propone que este servicio debe proporcionarse en condiciones adecuadas para que sea seguro y atienda las consecuencias que puedan derivarse de él; en este sentido, se protege la decisión de la mujer para utilizar cualquier método de planificación familiar sobre su cuerpo o, en su caso, la posibilidad legal y de servicios para interrumpir el embarazo.³⁸

El derecho a la vida privada, el respeto a la autonomía y el acceso a la información son fundamentales para el derecho a la libertad de decisión de adolescentes, el cual, de acuerdo con las orientaciones de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, el seguimiento a cinco años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y la Declaración de Compromisos sobre VIH/Sida debe ser garantizado por el respeto al consentimiento informado.

La Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer establece el consentimiento informado de niños, niñas y adolescentes como un derecho basado en la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer,³⁹ asimismo establece la necesidad de impulsar el derecho al consentimiento informado de adolescentes a partir de un proceso de reflexión que fundamente la decisión respetando

³⁸ Es de mencionarse que con respecto al aborto el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo expone lo siguiente: “En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos”.

³⁹ “107. Medidas que han de adoptar los gobiernos (...):

e) Preparar y difundir información accesible, mediante campañas de salud pública, los medios de comunicación, buenos servicios de asesoramiento y el sistema educacional, con el objeto de garantizar que las mujeres y los hombres, en particular las jóvenes y los jóvenes, puedan adquirir conocimientos sobre su salud, especialmente información sobre la sexualidad y la reproducción, teniendo en cuenta los derechos del niño de acceso a la información, privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado, así como los derechos, deberes y responsabilidades de los padres y de otras personas jurídicamente responsables de los niños de facilitar, con arreglo a las capacidades que vaya adquiriendo el niño, orientación apropiada en el ejercicio por el niño de los derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y de conformidad con la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.” *Op. cit.*, CCMM, 107.

la confidencialidad.⁴⁰ La Resolución de El Cairo + 5 agrega en el proceso del consentimiento informado el respeto a las creencias religiosas.

El derecho a la libre decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos se contempla como un derecho de todas las personas en el artículo 4º constitucional,⁴¹ la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, la Ley General de Población y su Reglamento, la Ley General de Salud y su Reglamento así como la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, aunque completa el derecho a la libertad de conciencia y el derecho a la información de este sector, no menciona el derecho a la libre decisión sobre su cuerpo y sexualidad y más bien enfoca su preocupación en prevenir el embarazo adolescente o las infecciones de transmisión sexual y VIH/sida.

La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación incluye los servicios de salud reproductiva y planificación familiar para todos. El derecho de adolescentes a la información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos para que ellos puedan realizar su elección es contemplada en diversas leyes, reglamentos, e incluso en la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar; sin embargo, en algunos reglamentos existen obstáculos para que los adolescentes tengan acceso a la consejería debido a que se exige la presencia de un adulto o familiar cuando un menor de dieciocho años acude por un tratamiento médico (que puede ser un método anticonceptivo).

El acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva para obtener información y realizar la libre elección sobre el método anticonceptivo puede inhibirse en el caso de existir el requisito de la presencia de un familiar, tutor o representante legal. En este sentido, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de la Prestación de Servicios de Atención Médica y el artículo 40 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social “De la atención médica en el seguro de enfermedades y maternidad” establecen pautas para la consulta externa de adolescentes según las cuales, éstos deben ser acompañados por un familiar mayor de edad.

Con respecto al derecho del consentimiento informado relacionado con adolescentes, existen algunas contradicciones entre las leyes, normas

⁴⁰ *Ibid.*, 93:“(…) El asesoramiento y el acceso a la información y a los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes siguen siendo insuficientes o inexistentes; no se suele tomar en consideración el derecho de las muchachas a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado (…).”

⁴¹ “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

y reglamentos: mientras la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar define y crea los mecanismos para ejercer este derecho, existen reglamentos en las instituciones que pueden inhibir este derecho debido a la presencia del padre (madre), representante legal o tutor(a), lo cual contraviene las dis-

Aún falta avanzar en los mecanismos en el ámbito federal para que la práctica del aborto legal sea efectiva, así como incluir la legalización del aborto por libre decisión de la mujer

posiciones del artículo 4º constitucional. Debido a la jerarquía de las normas, debe seguirse la disposición del artículo 4º constitucional para no realizar un acto de discriminación, y guiarse por el interés superior del adolescente, reconocido en la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. En cuanto a este derecho, queda el reto de homologar las

leyes y las normas para que se establezca mayor seguridad en su ejercicio. Aún falta avanzar en los mecanismos en el ámbito federal para que la práctica del aborto legal sea efectiva, así como incluir la legalización del aborto por libre decisión de la mujer.

8. El derecho a la educación sexual: El derecho a la educación ha sido garantizado en diversos instrumentos internacionales como un derecho básico necesario para el pleno desarrollo de la personalidad humana, el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y las libertades fundamentales. La educación tiene el objetivo de lograr “la igualdad de oportunidades en todos los casos”⁴² y contribuye al desarrollo de conocimientos, aptitudes y confianza en la propia persona para hacer posible la participación plena en el proceso de desarrollo.⁴³

Los contenidos de la educación sexual se han establecido en las conferencias mundiales sobre Población y Desarrollo de El Cairo, la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, El Cairo + 5,⁴⁴ así como las directrices internacionales de derechos humanos y otras declaraciones internacionales.⁴⁵ La educación sexual trasciende los servicios de salud para ser parte de un programa intersectorial donde colaboren instituciones educativas, centros penitenciarios,

⁴² Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, artículo XII.

⁴³ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, párrafo 4.2.

⁴⁴ “Si bien las declaraciones de las conferencias de Naciones Unidas no son jurídicamente vinculantes, son documentos de compromiso cuya importancia se refleja en el hecho de que establecen conceptos e instrumentos de acción política que definen la dirección hacia la cual se están orientando los derechos humanos”. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP), *El aborto en las conferencias e instrumentos internacionales*, Nueva York, 1999, p. 2.

⁴⁵ Organización de las Naciones Unidas, Declaración de Derechos y Humanidad sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad Aplicables en el Contexto del VIH y el Sida. 1992. E/CN.4/1992/82; Organización de las Naciones Unidas, Carta de las Obligaciones de Respetar los Derechos Humanos y los Principios Éticos y

y medios de comunicación (cine, teatro, televisión, imprenta, anuncios, etcétera), autoridades comunitarias, organizaciones civiles y de jóvenes.

En México el reconocimiento del derecho a la educación sexual se fundamenta en el derecho a la educación, la equidad y la libertad de conciencia. El artículo 3º constitucional establece el derecho a la educación laica, cuyos objetivos son la lucha contra la ignorancia, prejuicios y fanatismos. La Constitución señala que la educación contribuirá a la convivencia humana basada en la fraternidad e igualdad de derechos entre todos los hombres evitando privilegios de razas, religión, grupos, sexos o individuos. En concordancia con la carta magna encontramos la Ley General de Educación que incluye la educación en la planeación familiar y la paternidad responsable en un marco de libertad, dignidad e información sin prejuicios ni fanatismos, las disposiciones de la Ley General de Población y su reglamento, la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

En México el reconocimiento del derecho a la educación sexual se fundamenta en el derecho a la educación, la equidad y la libertad de conciencia

9. El derecho a la vida digna: Los tratados y conferencias internacionales reconocen que todas las personas tienen derecho a una vida digna en condiciones de igualdad. La mayoría de los tratados definen el concepto de persona a partir del nacimiento, con excepción de la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José), único instrumento que señala que el ser humano existe desde el momento de la concepción. El gobierno de México expresó su reserva a esta disposición en 1981, de ahí que en el país estén protegidos los derechos al uso de anticonceptivos poscoitales y dispositivos que actúan después de la concepción, así como al aborto ante ciertas circunstancias.

El derecho a la vida es garantizado por el artículo 14 constitucional.⁴⁶ A pesar de que en la Constitución no se contempla al producto o feto como sujeto de derecho, el Código Penal Federal menciona el aborto como un delito contra la vida y la integridad corporal y penaliza el aborto forzado y voluntario.⁴⁷ En la legislación federal el aborto es legal en caso de violación,

Humanitarios al Abordar las Dimensiones Sanitarias, Sociales y Económicas del VIH y el Sida. E/CN.4/1992/82; Declaración Cumbre de París sobre el Sida; El VIH/sida y los Derechos Humanos / Directrices Internacionales; Declaración de París sobre las Mujeres, los Niños y el Sida, publicados en *Compilación de instrumentos nacionales e internacionales sobre VIH/sida y derechos humanos*, Comité Sida y Derechos Humanos, México, 1999, 127 pp.

⁴⁶ "(...) Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos".

⁴⁷ "Artículo 329. Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez", Código Penal Federal, texto vigente al 30 de septiembre de 2003, publicado en el *Diario Oficial de la Federación*. (Libro segundo, título decimonoveno "Delitos contra la vida y la integridad corporal", capítulo VI, "Aborto".)

imprudencia o riesgo de muerte de la mujer embarazada o el producto. Es importante señalar, que aun cuando menciona el aborto dentro de los delitos contra la vida, el Código usa el término de *producto* y no de *persona*.⁴⁸

...el carácter ilegal del aborto propicia la realización de abortos clandestinos en condiciones inseguras, y la negación de la interrupción del embarazo tiene consecuencias para toda la vida de la adolescente

El derecho a una vida digna es consecuencia del disfrute de otros derechos sexuales: el derecho a la salud sexual y reproductiva, el acceso a la información sobre sexualidad y la prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH/sida. Para el caso de adolescentes, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo señala que debe garantizarse el derecho a la vida evitando 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, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad”.⁴⁹

El artículo 4º constitucional garantiza el derecho a la salud, la educación y el desarrollo. La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y la Ley General de Salud contemplan el derecho a vivir una vida sin violencia, el derecho a la información para la prevención del embarazo adolescente y de infecciones de transmisión sexual, el VIH y sida, así como la atención prioritaria y consejería adecuada a la adolescente embarazada para erradicar la mortalidad materna.

La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, aun cuando incluye estos derechos, lo cual coincide con los lineamientos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, no menciona lo relativo a brindar el servicio de interrupción del embarazo en condiciones de seguridad. Lo anterior, junto con las disposiciones del Código Penal Federal, son un factor que vulnera el derecho a la vida digna de adolescentes, ya que el carácter ilegal del aborto propicia la realización de abortos clandestinos en condiciones inseguras, y la negación de la interrupción del embarazo tiene consecuencias para toda la vida de la adolescente.

10. El derecho a la salud sexual y reproductiva se fundamenta en diversos tratados y declaraciones internacionales. Uno de los principales logros de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo fue plantear el concepto de salud sexual y reproductiva.⁵⁰ La Conferencia de El Cairo, la Cuarta

⁴⁸ *Ibid.*, artículos 330 a 334, Código Penal Federal.

⁴⁹ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, párrafo 7.44.

⁵⁰ *Ibid.*, párrafo 7.2: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con

Conferencia Mundial de la Mujer, la Sesión Especial a favor de la Infancia, la Declaración de Compromisos sobre VIH/sida, entre otras, establecen lineamientos para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva.

En los contenidos de los servicios de salud sexual y reproductiva, la Conferencia de El Cairo menciona que debe contemplarse:

...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 maternoinfantil, prevención y 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, la salud reproductiva y paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de mama y del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida. La disuasión activa de prácticas peligrosas como la mutilación genital de las mujeres, también debería formar parte de los programas de atención de la salud reproductiva.⁵¹

El derecho a la salud sexual y reproductiva en México tiene, desde mi punto de vista, el marco jurídico adecuado debido a las garantías constitucionales establecidas en los artículos 1º, sobre discriminación; 4º, que protege el derecho a la salud y la equidad; 16, sobre el derecho a la vida privada; y 24, respecto a la libertad de conciencia. Estos derechos permiten disfrutar

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 a la salud que permiten los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”.

⁵¹ *Ibid.*, párrafo 7.6.

una sexualidad libre y sin riesgos de embarazos o contraer algún tipo de infección de transmisión sexual, elementos importantes del derecho a la salud sexual.

...todas las personas tienen derecho a acceder y beneficiarse de los resultados y aplicación de las investigaciones biomédicas, tecnológicas, clínicas, epidemiológicas y de las ciencias sociales para mejorar su salud y bienestar

En cuanto a adolescentes, el artículo 4º constitucional enfatiza el derecho de niños y niñas a la protección de su salud y el deber tanto del Estado como de los padres y tutores de asegurar el ejercicio pleno de sus derechos. La reglamentación del artículo 4º constitucional, que incorpora derechos del artículo 1º y 16, se encuentra en la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

La protección del derecho a la salud sexual y reproductiva para adolescentes se encuentra en la Ley General de Salud, la Ley General de Población, con sus respectivos reglamentos, así como las leyes de los institutos de seguridad social y normas oficiales mexicanas. En el marco normativo federal, debido a los distintos años en que fueron elaboradas las leyes, normas y reglamentos se encuentran diferencias en torno a la definición de la salud sexual y reproductiva, así como en el énfasis sobre la necesidad de adecuar dichos servicios a las necesidades de adolescentes.

11. El derecho a beneficiarse del progreso científico y elevar la calidad de la atención parte de los derechos de solidaridad donde es fundamental la cooperación internacional. De acuerdo con el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, todas las personas tienen derecho a acceder y beneficiarse de los resultados y aplicación de las investigaciones biomédicas, tecnológicas, clínicas, epidemiológicas y de las ciencias sociales para mejorar su salud y bienestar.⁵²

Uno de los objetivos del Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo es que la comunidad internacional movilice las investigaciones básicas biomédicas, sociales, así como de comportamientos y programas en materia de salud reproductiva y sexualidad. En torno a la cooperación de la comunidad internacional se propone un incremento por parte de diversos sectores (organismos donantes, sector privado, organismos civiles, y universidades) para aumentar el apoyo en la investigación básica y aplicada, biomédica, tecnológica, clínica, epidemiológica y

⁵² Organización de Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27. UN Doc No. A/RES/2200 A (XXI) Art. 15.1: "Los Estados partes de la presente Convención reconocen el derecho de todos (...) b) disfrutar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones".

social para reforzar los servicios de salud reproductiva. La investigación incluye el mejoramiento de los métodos de regulación de la fecundidad, disminuyendo los efectos secundarios, poniendo especial atención a los métodos de barrera e incrementando la investigación para los métodos de regulación de la fecundidad para varones.⁵³ Durante la investigación deberán tomarse en cuenta los principios éticos, la opinión de las y los usuarios y en especial de las mujeres y organizaciones femeninas.⁵⁴

En la república mexicana, el artículo 3º, fracción V, de la carta magna reconoce el derecho a beneficiarse del progreso científico a través de la educación. La Ley de Ciencia y Tecnología reglamenta la fracción V. Dicha ley tiene como objeto regular los apoyos del gobierno federal para el impulso, desarrollo y fortalecimiento de la investigación científica y tecnológica del país. Esta obligación implica establecer prioridades de investigación en el ámbito nacional y coordinar acciones entre la federación, los estados y las instituciones encargadas de realizar investigación científica y tecnológica, así como la regulación de recursos generados por la investigación o aquellos destinados a la misma. Las prioridades relacionadas con los derechos sexuales se establecen en la Ley General de Salud, la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, los estatutos orgánicos de los institutos de investigación, y diversas normas oficiales mexicanas.

⁵³ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, párrafos 12.12 y 12.14.

⁵⁴ *Ibid.*, 12.16.

Cartilla de los Derechos Sexuales de los y las Jóvenes en México

José Ángel Aguilar Gil

57

Agradezco al Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo, a Hernán Sanhueza, a las diputadas y al diputado que organizaron el Foro sobre Población, Desarrollo y Salud Sexual y Reproductiva. Para mí es un orgullo presentar, para los que no la conocen, la Cartilla de los Derechos Sexuales de los y las Jóvenes en México. Es un orgullo, porque representa un logro muy importante –realizado mucho antes de El Cairo y mucho antes de Beijing– del trabajo que hemos hecho con jóvenes durante largo tiempo.

La organización de la cual vengo es Democracia y Sexualidad, una red integrada por 277 organizaciones y grupos dedicados a la educación sexual y a la defensa de los derechos sexuales, que tiene el fin de sensibilizar a distintos sectores sociales para influir en políticas públicas.

Tenemos presencia en 28 estados de la república y en el Distrito Federal. Hemos tratado de congregiar organizaciones y grupos que se dediquen a la educación sexual, a defender los derechos sexuales, a la prevención del VIH/sida, a la organización de mujeres, con el fin de unirnos y hacer una gran red nacional, y también redes estatales.

Fueron antecedentes internacionales de la Cartilla de los Derechos Sexuales: la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos (Teherán, 1968); la Conferencia Mundial de Población (Bucarest, 1974); la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer (México, 1975); la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979); la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994); y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

Realizadas estas conferencias, se hicieron catálogos y declaraciones, también de alcance internacional. Así, tenemos la Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos, de la IPPF (International Planned Parenthood Federation); el Catálogo de los Derechos Sexuales y Reproductivos, de la Organización Mundial de la Salud; la Declaración de los Derechos Sexuales, de la Asociación

Coordinador
de Democracia
y Sexualidad, A.C.
(Demysex).

Mundial de Sexología (was); y la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/sida: Crisis mundial - Acción mundial. Creo que estos documentos, que son el resultado de las conclusiones de múltiples conferencias y reuniones, ayudaron mucho y se convirtieron en una herramienta indispensable, junto con algunas otras cartillas propuestas en América Latina, para llegar en México a la conformación de nuestra cartilla.

Antecedentes en México

Durante el sexenio pasado, las organizaciones de la sociedad civil teníamos una muy buena relación con el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ). Y, en este sentido, uno de los momentos más importantes y determinantes fue la realización del Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales (Tlaxcala, 2000). En esa ocasión la sociedad civil y el Instituto Mexicano de la Juventud se organizaron con la idea de retomar todos estos procesos internacionales y nacionales, y darles seguimiento. El Foro tuvo una representación juvenil de todo el país: 120 delegados de 78 organizaciones, y, como resultado, se dio a conocer la Declaración de Tlaxcala.

La Declaración de Tlaxcala fue hecha por todos estos jóvenes, que representaban diferentes estratos sociales, económicos, culturales. De esta forma, el Instituto Mexicano de la Juventud aprobó dicha declaración, se formó un comité de seguimiento y, ¿qué creen que pasó? Llegó el “gobierno del cambio”, y a nosotros no nos fue bien con dicho cambio, porque, cuando, ya en este nuevo sexenio, realizamos el Foro Nacional de Programas de Sexualidad (Zacatecas, 2002), el resultado fue que no logramos el apoyo del IMJ para promover y plantear la Cartilla. Los diferentes grupos de jóvenes iban con las cartillas, incluso impresas; las organizaciones civiles hicimos una *vaquita* y logramos imprimir algunas cartillas de la Declaración de Tlaxcala. No obstante, en la reunión de Zacatecas, las autoridades del Instituto Mexicano de la Juventud no aprobaron la promoción ni la difusión de esta cartilla.

Ante esta situación, las organizaciones no gubernamentales decidimos tomar al toro por los cuernos, nos planteamos la posibilidad de difundir estos derechos, y afortunadamente lo conseguimos. Tocamos la puerta de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y, allí, en el año 2002, logramos trabajar otra vez junto con diferentes organizaciones de la sociedad civil. Trabajamos arduamente un año, con muchas discusiones (en la Declaración de Tlaxcala había algunos términos que no fueron aceptados por la CNDH), con la confianza de que estábamos dentro del marco legal de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Nos reuníamos cada semana con las personas asignadas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, abogados, abogadas. Logramos también asesorías de diferentes

juristas en el tema y sacamos adelante la Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes “Hagamos un hecho nuestros derechos”, que se *aterrizó* en la producción de una cartilla muy bonita, a colores, y también de carteles sobre los derechos sexuales juveniles, en 2003. Hicimos una presentación, no tan efectiva como hubiéramos deseado, para obtener el apoyo total a esta campaña. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos la apoyó, y las organizaciones no gubernamentales nos hicimos cargo de promocionarla con las comisiones estatales y de difundir, con pocos o muchos elementos, esta cartilla. También tuvimos otras ayudas; por ejemplo, una parte de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal pasada imprimió estas cartillas para su difusión.

La Cartilla de los Derechos Sexuales de los y las Jóvenes en el marco legal

El primer derecho es el derecho a decidir en forma libre sobre el cuerpo y la sexualidad de uno mismo (el cual está basado en los artículos 4º y 24 de la Constitución); el segundo es el derecho a ejercer y disfrutar plenamente la vida sexual de uno mismo (3º, 4º, 6º, 14 y 16); el tercer derecho planteado es el derecho a manifestar públicamente los afectos propios (artículos 2º, 4º, 6º, 8º, 9º, 14 y 16); el cuarto es el derecho a decidir con quién compartir la vida sexual de uno (artículo 4º); el quinto es el derecho al respeto a la vida privada (artículo 16); el sexto es el derecho a vivir libre de violencia sexual (artículos 4º, 20, 21 y 22); el séptimo es el derecho a la libertad reproductiva (artículos 4º, 6º y 16); el octavo es el derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad (artículos 1º y 4º); el noveno es el derecho a vivir libre de toda discriminación (artículos 1º, 2º y 4º); el décimo es el derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad (artículos 3º, 4º, 6º y 24); el undécimo, derecho a educación sexual (artículos 3º, 4º y 24); el duodécimo es el derecho a servicios de salud sexual y reproductiva (artículo 6º); y el decimotercero es el derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad (artículos 6º, 8º y 9º). Y se planteó, en esta cartilla, que, en el caso de los derechos cuarto, séptimo y duodécimo, se consultaran las leyes estatales.

Este logro ha sido muy importante; ha habido diferentes reacciones de apoyo y en contra, obviamente. Por ejemplo, el Instituto Mexicano de la Juventud en Sinaloa los tomó como propios y los reprodujo; lo mismo hizo

1. Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad.
3. Derecho a manifestar públicamente mis afectos.
5. Derecho al respeto de mi vida privada.
7. Derecho a la libertad reproductiva.
12. Derecho a servicios de salud sexual y reproductiva.

la Comisión Estatal de Yucatán. De alguna manera se ha ido reproduciendo en las diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales.

También hemos tenido adversarios, que no están a favor de estos derechos. Algunos de ellos encontraron al doctor Soberanes en una reunión en Monterrey: un grupo de organizaciones femeninas se acercó y dijo: “bueno y si ya hizo la carta de los derechos, ¿cuándo va a hacer la carta de obligaciones?”. Eso es una constante: cada vez que hablamos de derechos, la gente nos pregunta: “bueno, ¿y las obligaciones?”. No ha sido fácil posicionar el tema. Paralelamente se está llevando a cabo en este momento en el Centro Banamex un Congreso de Familias, organizado por grupos ultraconservadores, que se oponen a todos estos derechos, que están en contra de las familias diversas, y en general de los derechos de la salud sexual y reproductiva.

Celebramos por una parte que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos pudo avalar estos derechos, para nuestra sociedad, una parte importante basados tanto en el marco internacional como en el mexicano, y, por otra parte, reconocemos que faltan acciones por realizar y que para eso necesitamos el apoyo de todas y todos ustedes.

Acciones presentes y futuras

Se debe sensibilizar a quienes toman decisiones sobre esta campaña; es muy importante que la apadrinen junto con los medios de comunicación. Ya se hizo una presentación a estos últimos. Es muy importante difundir la Cartilla entre la juventud y el público en general en todo el país. Se ha mencionado en algunos foros, pero creo que no es todavía muy reconocida. Se requiere capacitar a profesionales, básicamente en las formas de denuncia. Por ejemplo, acerca del derecho a no afectar la vida privada, sabemos que en algunos hogares éste no es respetado: muchos diarios de chicas o chicos son vistos por papá o mamá; papá o mamá espían ahora las páginas *web* o el correo electrónico; o escuchan el teléfono. Ante esta situación, ¿cómo denunciarán estos jóvenes la violación de sus derechos dentro del propio hogar, si probablemente otros derechos serán transgredidos mediante la violencia?

En un pequeño sondeo de opinión que hicimos en la Red Democracia y Sexualidad se plantea que los derechos en la materia más violentados son el derecho a manifestar los afectos propios, el derecho a la intimidad, y el derecho a recibir los servicios de educación sexual y salud reproductiva.

También nos falta mucha capacitación en situaciones como la siguiente: qué pasa en la escuela si se encuentra a chavos *fajando*; en la cartilla de los derechos se habla de que los afectos pueden manifestarse públicamente. En un grupo de chavos gay se dijo: “Bueno, a partir de esto, ¿entonces ya no hay bronca de que le dé un beso a mi galán?”. Nos está haciendo falta una

estructura de apoyo alrededor de estos derechos, además de su aceptación y difusión, para poder saber de qué manera se denuncia su violación. La misma Comisión Nacional de los Derechos Humanos nos decía que hay elementos y niveles. Uno puede ir al juez de lo familiar o hablar con la maestra o la encargada, después con la directora y después con el supervisor, o ir a la Secretaría de Educación Pública. Habría que analizar toda esta burocracia para realmente operacionalizar los derechos. Muchos jóvenes nos han planteado que si de veras se van a respetar esos derechos, porque los adultos no lo quieren hacer.

Es importantísima la reproducción del material; realizar otras acciones conjuntas entre gobierno y sociedad civil; en este tipo de foros, influir en la legislación federal, en las legislaciones estatales. Esto es muy importante, no sólo en los derechos sexuales, sino en la situación de la juventud.

Durante esta etapa ha sido realmente difícil trabajar con el Instituto Mexicano de la Juventud como lo hicimos en el pasado. Cuando acudimos a esta institución y dijimos: “¿qué pasa con estos derechos sexuales?, ¿podremos reproducir esta cartilla?, ¿podremos promoverlos?”, nos dijeron: “de acuerdo, veremos si los jóvenes quieren”. Propusimos realizar un sondeo. Luego nos dejaron solos en el sondeo, y aun así lo hicimos, con 5 000 jóvenes. Los resultados del sondeo demostraban que los jóvenes sí querían que se promovieran los derechos sexuales, por medio de la escuela y las instituciones, pero el IMJ nos dijo que no, que ahora se dedicarían a la prevención de la prostitución infantil y de la pornografía. “Los derechos, ustedes saben...”, nos dijeron, “los problemas que hay, todavía no hay mucho contexto para poderlos impulsar...”. ¿Por qué el mismo instituto, que en otro tiempo lo promovió y llevó a cabo reuniones, en este momento lo bloquea? Es un poco ocioso preguntarlo.

Yo me congratulo y enorgullezco de haber podido presentar, en nombre de muchos compañeros y muchas compañeras que participamos en este proceso durante tanto tiempo, la Cartilla de los Derechos Sexuales de los y las Jóvenes en México.

La Cartilla de los Derechos Sexuales de los y las Jóvenes en el marco legal

1. Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad	artículos 4º y 24 de la Constitución
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual	artículos 3º, 4º, 6º, 14 y 16
3. Derecho a manifestar públicamente mis afectos	artículos 2º, 4º, 6º, 8º, 9º, 14 y 16
4. Derecho a decidir con quién compartir mi vida sexual	artículo 4º
5. Derecho al respeto de mi vida privada	artículo 16
6. Derecho a vivir libre de violencia sexual	artículos 4º, 20, 21 y 22
7. Derecho a la libertad reproductiva	artículos 4º, 6º y 16
8. Derecho a la igualdad de opiniones y a la equidad	artículos 1º y 4º
9. Derecho a vivir libre de toda discriminación	artículos 1º, 2º y 4º
10. Derecho a la información completa, científica y laica sobre sexualidad	artículos 3º, 4º, 6º y 24
11. Derecho a educación sexual	artículos 3º, 4º, 6º y 24
12. Derecho a servicios de salud sexual y reproductiva	artículo 6º
13. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad	artículos 6º, 8º y 9º

En el caso de los derechos 4, 7 y 12, consúltense las leyes estatales.

Compromisos
con las y los jóvenes:
experiencias exitosas

El estudio de la sexualidad en la educación básica

Armando Sánchez
Martínez

65

Introducción

En este trabajo se perfila la visión de la sexualidad en la educación básica desde la perspectiva de las Ciencias Naturales. A partir de una breve explicación del enfoque propuesto para esta asignatura, se aclara cómo se pretende rebasar la concepción eminentemente anatómica y fisiológica.

En la educación básica, la sexualidad de mujeres y hombres se estudia como parte del desarrollo humano, por lo que se consideran sus componentes éticos, afectivos, familiares e intelectuales. De manera especial se destaca la visión equilibrada de género, con un profundo respeto a las diferentes formas de pensar y las costumbres de las personas, siempre y cuando se ciñan a la normatividad mexicana y a los derechos humanos.

Lo anterior cumple con el propósito fundamental de la enseñanza de las Ciencias Naturales, que se orienta al despliegue gradual de habilidades, actitudes y valores relacionados con el quehacer científico, lo que implica considerar el desarrollo cognitivo del niño y, por lo tanto, sus concepciones.

En los primeros grados de la escuela primaria, la aproximación a la sexualidad se inicia con actividades que permiten al alumno y a la alumna reconocerse como personas valiosas que deben cuidarse y amarse. Al mismo tiempo se les ofrece información elemental sobre sus anatomías y los cambios que hasta ese momento han experimentado. Más adelante se profundiza el estudio de la sexualidad de los principales grupos de plantas y de animales y se da continuidad al estudio del cuerpo humano. En los dos últimos grados se incorpora el tema de equidad de género, así como las implicaciones afectivas, de valores e intelectuales del desarrollo de los adolescentes y de las relaciones sexuales entre los adultos. Se hace hincapié en la importancia de la responsabilidad, la moderación y el respeto a uno mismo y a los demás, como valores indispensables para alcanzar una vida plena.

Director de Ciencias
Naturales de la
Secretaría de Educación
Pública, Dirección
General de Materiales
y Métodos Educativos.

En educación secundaria se da continuidad al tema en la asignatura de Formación Cívica y Ética, así como en la de Biología.

Después de la revisión de esos temas, el trabajo presenta los programas formativos que la Secretaría de Educación Pública ha puesto en práctica con maestros, supervisores, equipos técnicos estatales y directivos.

Enfoque

Una prioridad de la metodología propuesta para la enseñanza y el aprendizaje de las Ciencias Naturales en la escuela primaria es la comprensión del funcionamiento y los cambios del cuerpo humano, con una orientación hacia el desarrollo de hábitos adecuados para el cuidado de su salud y para el desenvolvimiento integral del individuo. En este contexto se dimensiona la educación sexual en los contenidos de los programas de Ciencias Naturales de educación primaria, particularmente en uno de los cinco ejes que los atraviesan (Los seres vivos; El cuerpo humano y la salud; El ambiente y su protección; Materia, energía y cambio; y Ciencia, tecnología y sociedad).

Eje “El cuerpo humano y la salud”: hacia una cultura de la prevención

Dentro de los ejes que agrupan los contenidos, el titulado “El cuerpo humano y la salud” se relaciona de manera directa con la educación sexual. Los temas incluidos en este eje están organizados con la finalidad de que las alumnas y los alumnos conozcan la estructura básica de los principales aparatos y sistemas de su cuerpo, sus funciones generales y los cuidados que requieren. Se hace hincapié en que para el adecuado funcionamiento del organismo se debe fomentar la promoción de la salud, con acciones encaminadas a su desarrollo integral, así como a la prevención de enfermedades y accidentes. Al final de la educación primaria se introducen contenidos de gran relevancia social como los primeros conocimientos sobre sexualidad humana y la prevención de las adicciones. La intención es que los alumnos cuenten con elementos para comprender su propio proceso de desarrollo y reconozcan los riesgos que representan estas últimas.

El papel de los hábitos y actitudes saludables en la promoción de la salud es indiscutible y, en esta línea, ha cobrado relevancia la prevención, como una tarea impostergable que debe ir más allá de las clases de Ciencias Naturales.

Aproximación al estudio de la sexualidad en la educación primaria

La salud es un derecho básico de todo ser humano y una condición indispensable para el desarrollo individual y social, por lo que con el estudio de las Ciencias Naturales se pretende que las niñas y los niños conformen una visión integral de su cuerpo. Lograr una visión integral implica conocer e identificar las relaciones entre los sistemas, aparatos u órganos del cuerpo. Lo fundamental es que las y los alumnos puedan conocerse a sí mismos, valorarse y reforzar su autoestima, así como generar hábitos de prevención para garantizar una vida saludable, física y emocionalmente.

Es imposible pedir a los infantes que cuiden su cuerpo si carecen de un conocimiento básico de él, en el que, además de reconocer los aspectos anatómicos y fisiológicos básicos, identifiquen cómo se vinculan con la promoción de hábitos, actitudes y valores.

En este contexto, el estudio de la sexualidad en la educación básica cobra relevancia, ya que con ella se favorece la construcción gradual de conocimientos, el desarrollo de procedimientos y el fortalecimiento de actitudes. Así, las niñas y los niños pueden mejorar y mantener su salud sexual, al comprender, aceptar y disfrutar su propia sexualidad. Al mismo tiempo pueden reconocer algunas tradiciones y costumbres sexuales propias de su comunidad, así como la existencia de otras, en un marco de respeto, apegadas a la legislación mexicana y a los derechos humanos.

La inclusión, tratamiento y profundidad de los contenidos que se abordan en la educación básica responden a un criterio de pertinencia, es decir, consideran tanto las características de desarrollo de las y los alumnos como la secuencia de un grado a otro. Por esta razón, a partir del quinto año y una vez revisados con anterioridad los temas relacionados con sexualidad en plantas y animales, se estudia la sexualidad humana con una perspectiva amplia que involucra la equidad de género, los valores y las situaciones afectivas.

En el proceso de construcción de conocimientos sobre sexualidad humana resulta imprescindible la comunicación y colaboración entre niñas y niños, maestras y maestros, madres y padres de familia; lo anterior favorecerá que haya coherencia entre sus planteamientos. Así mismo, deberá tenerse presente que la educación sexual no involucra únicamente el estudio en clase de las lecciones que aparecen en el libro de texto, sino que es un proceso permanente en el ser humano resultado de sus múltiples interacciones.

Lo fundamental es que las y los alumnos puedan conocerse a sí mismos, valorarse y reforzar su autoestima, así como generar hábitos de prevención para garantizar una vida saludable, física y emocionalmente

A través de la educación sexual se podrá desarrollar una actitud sana y madura hacia la sexualidad como un componente de las relaciones sociales que incluye lo cultural, lo biológico, lo moral y lo afectivo. Los libros de texto pueden ser un elemento de apoyo para las familias, los cuales favorezcan la comunicación, ya que generalmente la regla que predomina en la relación de las madres y los padres respecto a la información sexual es el silencio. De acuerdo con lo anterior, la maestra y el maestro deben comentar con las familias de sus alumnos la importancia de tratar estos temas de manera oportuna y abierta, sin considerar los tabús en ningún caso.

En los libros de texto, desde los primeros grados hay contenidos que se relacionan con la sexualidad. Por ejemplo, en el libro integrado del primer año se estudia el tema “Cambios en el cuerpo”, mientras que en el de segundo se alude a la reproducción como una función compartida por todos los seres vivos, en particular se estudia el tema “Animales ovíparos y vivíparos”.

En los libros de Ciencias Naturales de tercer y cuarto grados se estudia, respectivamente, la reproducción de plantas y de animales, así como el dimorfismo sexual. En quinto y sexto grados se abordan los contenidos relativos a la sexualidad humana que se enlistan a continuación:

Quinto grado:

- ✕ Glándulas y hormonas
- ✕ Aparatos sexuales de la mujer y del hombre
- ✕ Los roles sexuales y los prejuicios existentes en cuanto a diferencias de inteligencia, competencia y habilidad entre los sexos

Sexto grado:

- ✕ Crecimiento y desarrollo del ser humano
- ✕ Caracteres sexuales primarios y secundarios
- ✕ Los cambios físicos y psicológicos durante la pubertad
- ✕ Reproducción humana
- ✕ Herencia biológica
- ✕ Visión integral del cuerpo humano y de la interacción de sus sistemas
- ✕ Causas que alteran el funcionamiento del cuerpo humano

Valores que se promueven en la educación básica

Los valores que se promueven en la educación básica respecto a la vida sexual y reproductiva, específicamente a través de los libros de texto, son: el respeto; el amor y la responsabilidad; la tolerancia y la aceptación; la justicia; la solidaridad y la equidad –traducida como igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres. Los docentes deberán tomar en cuenta que el respeto es uno de los valores fundamentales que favorecerá el logro de los

demás; por ello, un reto que tienen es fomentar en sus alumnas y alumnos una cultura del respeto a sí mismos y a los demás.

En general en todas las lecciones de los libros de Ciencias Naturales, además de ofrecer conocimientos y fomentar habilidades, se fortalecen valores. A continuación se incluyen algunas citas textuales de los libros de texto de *Ciencias Naturales / Quinto grado* y *Ciencias Naturales y Desarrollo Humano / Sexto grado*, en las cuales se identifican los aspectos formativos de la sexualidad humana.

Los valores que se promueven en la educación básica respecto a la vida sexual y reproductiva (...) son: el respeto; el amor y la responsabilidad; la tolerancia y la aceptación; la justicia; la solidaridad y la equidad –traducida como igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres

En torno al **amor** y la **responsabilidad** se dice:

...las relaciones sexuales en los seres humanos son una manera de manifestar un sentimiento muy importante, el amor a la pareja, e implican una responsabilidad que se alcanza en la etapa adulta, cuando las personas son capaces de controlar o moderar sus actos y afrontar sus consecuencias.¹

Es bueno recordar que cada quien es libre de escoger a sus amigos y que la amistad no significa depender de otros sin ser capaces de tomar nuestras propias decisiones.²

Cada pareja debe estar consciente de la responsabilidad que implica tener, o en su caso adoptar, un hijo o una hija, y está obligada moral y legalmente a generar las condiciones necesarias para mantenerlo, educarlo y propiciar su desarrollo integral.³

Las relaciones sexuales deben estar basadas en el respeto a uno mismo y a los demás, así como a una actitud amorosa, respetuosa y solidaria para con la pareja.⁴

En cuanto al **respeto** se expresa:

Por eso, es importante que trates a tus compañeros con respeto y comprensión, que evites las burlas y no ofendas sus sentimientos.⁵

¹ *Ciencias Naturales / Quinto grado*, p. 97.

² *Ciencias Naturales y Desarrollo Humano / Sexto grado*, p. 122.

³ *Ibid.*, p. 132.

⁴ *Ibid.*, p. 131.

⁵ *Ciencias Naturales / Quinto grado*, p. 101.

Recuerda que nadie tiene derecho a abusar de ti. No lo permitas. Todos los niños y las niñas merecen ser respetados física y moralmente, es su derecho.⁶

Conocer y entender los cambios que vienen te permitirá estar más preparado para enfrentarlos y te dará más elementos para poder actuar con seguridad, respeto hacia ti mismo y hacia los demás (...)⁷

...muy especialmente en la amistad, nadie puede obligarte a hacer cosas que dañen o denigren, a ti o a otras personas.⁸

Las adolescentes, por su parte, deben estar conscientes de que nadie tiene derecho a ofender su dignidad ni su integridad física y aprender a evitar situaciones que las ponen en riesgo claro de ser agredidas.⁹

La decisión de tener relaciones sexuales debe tomarse de manera personal, libre y responsable. Ninguna persona, por ningún motivo, debe forzar a otra a tener relaciones sexuales.¹⁰

Recuerda que nadie debe dañarte, maltratarte o hacerte sentir mal. Como ser humano mereces el mayor respeto y como menor de edad el mayor cuidado.¹¹

Para favorecer la **tolerancia, la aceptación y el valor de la diversidad** se dice:

Tan importante es reconocer que hay diferencias y semejanzas entre las personas como aprender a valorar, aceptar y respetar a cada quien tal cual es.¹²

Lo más importante es darse cuenta de que todos tenemos capacidades valiosas y que éstas son distintas en cada persona (...)¹³

Cuando maduramos un poco, nos vamos dando cuenta de que el atractivo y el valor de un ser humano no dependen de que tenga determinada apariencia física.¹⁴

⁶ *Ibid.*, p. 116.

⁷ *Ciencias Naturales y Desarrollo Humano / Sexto grado*, p. 114.

⁸ *Ibid.*, p. 122.

⁹ *Ciencias Naturales y Desarrollo Humano / Sexto grado*, p. 127.

¹⁰ *Ibid.*, p. 131.

¹¹ *Ibid.*, p. 159.

¹² *Ciencias Naturales / Quinto grado*, p. 105.

¹³ *Ciencias Naturales y Desarrollo Humano / Sexto grado*, p. 122.

¹⁴ *Ibid.*, p. 123.

Lo importante es que el adolescente acepte que los seres humanos somos diferentes y aprenda que sólo podemos convivir en paz si nos tratamos unos a otros con respeto y tolerancia.¹⁵

México es un país habitado por personas distintas por su origen racial, su cultura, su lengua, su modo de ser. Esta diversidad es parte de su riqueza. Por eso entre los mexicanos es tan importante combatir los prejuicios y vivir con tolerancia y respeto.¹⁶

Una niña o niño con problemas visuales, auditivos, motores o neurológicos necesitará apoyos adicionales y atención educativa especial. Desde hace algunos años se ha propiciado que estos niños y niñas estudien en las escuelas regulares como la tuya. Si cuentan con los apoyos necesarios, todos los niños y niñas pueden aprender y desarrollarse.¹⁷

...las personas con síndrome de Down tienen los mismos derechos que los demás. Por eso deben tener las mismas oportunidades de educación, cultura, deporte, recreación y arte (...) Aceptar sus limitaciones, a la vez que apoyar y reconocer sus logros, nos permite entender mejor la diversidad de los seres humanos y convivir mejor.¹⁸

La promoción de la **solidaridad** se puede realizar analizando con los alumnos y las alumnas frases como las que siguen:

Si desde la infancia niños y niñas aprendemos a ser solidarios, a respetar a los demás y a participar equitativamente en las distintas tareas que realicemos, en el futuro podremos disfrutar de una mejor sociedad que habremos construido con el esfuerzo de todos.¹⁹

...lo fundamental en una familia no es cuántos o cuáles miembros tiene, sino las relaciones de afecto, respeto, comunicación y solidaridad que se establecen entre sus integrantes.²⁰

Las personas enfermas necesitan de la compañía de su familia y amigos y el apoyo de la sociedad.²¹

¹⁵ *Ibid.*, p. 124.

¹⁶ *Idem.*

¹⁷ *Ciencias Naturales y Desarrollo Humano / Sexto grado*, p. 111.

¹⁸ *Ibid.*, p. 145.

¹⁹ *Ciencias Naturales / Quinto grado*, p. 109.

²⁰ *Ciencias Naturales y Desarrollo Humano / Sexto grado*, p. 132.

²¹ *Ibid.*, p. 155.

Un valor fundamental que se destaca es el de la **equidad entre los hombres y las mujeres**; al respecto se expresa:

Cuando existe igualdad de oportunidades se dice que hay equidad entre el hombre y la mujer.²²

Cuando hombres y mujeres comparten responsabilidades en la sociedad y en la familia, ambos tienen un campo más amplio de experiencias y se pueden desarrollar más plenamente. Aprenden a respetarse, a apoyarse y a comprenderse mejor.²³

Independientemente del sexo al que se pertenezca, lo más importante es propiciar un ambiente en el que las relaciones entre unos y otras se guíen por el respeto, la equidad, la tolerancia y la cooperación.²⁴

...para que tengamos una sociedad más justa y equitativa, todos debemos procurar un trato igualitario entre las personas, independientemente de su sexo.²⁵

Dentro de la equidad de género existe un especial interés en que las maestras y los maestros impulsen a las niñas para aprovechar las diferentes oportunidades que se presenten, por ejemplo, continuar sus estudios para que terminen su educación secundaria, por lo que se afirma que:

...tanto hombres como mujeres han comenzado a reconocer que ambos son capaces de realizar actividades, fuera y dentro de la casa, que antaño eran consideradas exclusivamente femeninas o masculinas.²⁶

Al terminar la educación primaria, los niños y las niñas tienen el derecho de estudiar en una escuela secundaria.²⁷

Hoy las mujeres participan en actividades que antes eran consideradas exclusivas de los hombres y demuestran que pueden ser igualmente capaces en actividades productivas, científicas, políticas o artísticas.²⁸

...es cada vez más común encontrar hombres que, cumpliendo con su responsabilidad participan plenamente en las tareas domésticas, en el cuidado y en la

²² *Ciencias Naturales / Quinto grado*, p. 106.

²³ *Ciencias Naturales y Desarrollo Humano / Sexto grado*, p. 126.

²⁴ *Ibid.*, p. 128.

²⁵ *Idem.*

²⁶ *Ciencias Naturales / Quinto grado*, p. 116.

²⁷ *Ciencias Naturales y Desarrollo Humano / Sexto grado*, p. 121.

²⁸ *Ibid.*, p. 126.

educación de sus hijos, actividades que antes se consideraban exclusivas de las mujeres.²⁹

La educación sexual en la escuela secundaria

En la escuela secundaria se continúa el estudio de la educación sexual y el fortalecimiento de valores y actitudes deseables por medio de la asignatura denominada Formación Cívica y Ética. En esta asignatura se revisan las dimensiones filosóficas, éticas, sociales, cívicas y ambientales de la acción del joven, en la búsqueda de su identidad, para convertirse en un adulto responsable y útil para la sociedad. En este contexto se inscribe el estudio de la sexualidad humana, como uno de los componentes esenciales de su desarrollo. Se pretende que, a partir de la reflexión informada, el joven pueda encontrar respuesta a sus principales preocupaciones, por ejemplo: cómo comportarse en esa etapa de la vida, de qué manera integrarse a la sociedad, a qué puede aspirar y qué se espera de él. Lo anterior, para consolidar el fortalecimiento de la autoestima, la responsabilidad, la solidaridad, la moderación, el respeto a sí mismo, a los demás y a la sociedad. Todo ello a partir de los derechos humanos, de lo establecido en la legislación mexicana y de los valores que dignifican al ser humano, con la reconsideración del papel de la mujer, para que tenga las mismas oportunidades de desarrollo que tiene el hombre.

En dicha asignatura, que se imparte en los tres grados de la educación secundaria, se revisan temas relacionados con la sexualidad humana, a fin de contribuir a la educación integral con mayores componentes éticos y favorecer así la toma de decisiones responsables.

Algunos temas de sexualidad humana también se estudian en la asignatura de Biología, en la cuarta unidad del segundo grado. En ésta se revisan los aspectos fisiológicos y anatómicos de los aparatos sexuales, la relación sexual, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. El *Libro para el maestro de Biología*, distribuido desde 1995, ofrece diversas sugerencias para estudiar estos temas. Además, el curso “La Enseñanza de la Biología en la Escuela Secundaria”, del Programa Nacional para la Actualización Permanente de los Maestros en Servicio (Pronap) dedica una unidad al estudio de la sexualidad humana.

²⁹ *Idem.*

Los programas de actualización para supervisores, equipos técnicos, directivos y maestros

Para apoyar los contenidos de sexualidad humana de los libros de texto de Ciencias Naturales, se elaboró la *Guía de estudio para maestros / Temas de educación sexual, equidad de género y prevención de adicciones / 5° y 6° grados*. Esta guía fue el elemento clave para habilitar tanto a los maestros como a los supervisores, equipos técnicos estatales y directivos. El programa de formación comenzó en noviembre de 1998, con los equipos técnicos estatales, y, a partir de enero de 1999, con los maestros de esos dos grados en toda la república. Los resultados del seguimiento a este programa confirmaron que se

...se les sugiere a las maestras y los maestros que al abordar los temas de educación sexual recuperen y respeten los procesos históricos y culturales de la comunidad, de la familia y del propio alumno

cumplió el objetivo, ya que se brindó información y propuestas metodológicas a los docentes para resolver dudas de contenido, didácticas y de política educativa. Esto abrió opciones para dar tratamiento adecuado a los temas referidos, de acuerdo con el enfoque propuesto. Es importante señalar que el énfasis de la *Guía* está en la identificación de las dudas y en el

desarrollo de actividades para resolver algunas de ellas, con base en lecturas básicas. También se consideró el diseño de una estrategia para resolver las dudas pendientes, en el entendido de que éstas son la base de un aprendizaje permanente.

En el caso de la asignatura Formación Cívica y Ética, en el mes de marzo de 1999 se inició un programa formativo, dirigido a los maestros, a fin de que pudieran disponer de los elementos básicos necesarios para aplicar el enfoque, mismo que continuó el año siguiente.

Por otro lado, la Secretaría de Educación Pública impartió seminarios a los autores interesados en escribir textos para esta asignatura y se abrió el proceso de evaluación, para garantizar que los alumnos contasen con opciones de calidad. La respuesta de los autores y las editoriales permitió el cumplimiento de este objetivo.

El desarrollo de actitudes y valores en la educación sexual constituye un proceso lento, gradual y complejo que demanda a maestras y maestros la consideración de las ideas previas de sus alumnos y sus potencialidades. Por lo mismo se les sugiere a las maestras y los maestros que al abordar los temas de educación sexual recuperen y respeten los procesos históricos y culturales de la comunidad, de la familia y del propio alumno. El análisis de estos procesos permitirá que el maestro adapte las lecciones del libro al contexto específico de la comunidad en que labora e involucre a las madres y padres de familia como colaboradores en la educación sexual de sus hijos.

La actitud de la maestra y el maestro al estudiar los temas de sexualidad es importante, por lo que se les recomienda tratarlos con naturalidad y seguridad, valorar por igual las dudas y comentarios de las alumnas y alumnos, evitar exteriorizar e imponer sus juicios personales, propiciar el respeto y la seriedad, así como abordar los temas y actividades de manera conjunta entre las alumnas y los alumnos, sin establecer separaciones por sexo. Es preciso tener presente que la educación sexual debe propiciar en los niños y las niñas la capacidad para tomar decisiones positivas y ayudarles a expresar y comprender sus emociones.

Lo anterior se reforzó a partir de 1999 con la distribución de los libros para el maestro de 5º y 6º grados, correspondientes a Ciencias Naturales, y con diversos materiales en video que se transmiten periódicamente por el Sistema de Televisión Educativa (Edusat) y que se han distribuido en los centros de maestros. Así mismo, a partir de 2001 se ofrece el curso nacional de actualización “La Enseñanza de las Ciencias Naturales en la Educación Primaria”, en el cual se aborda, entre otros temas, cómo enseñar los contenidos de sexualidad.

La educación sexual en la formación inicial docente

En el marco del Programa para la Transformación y el Fortalecimiento Académico de las Escuelas Normales, se ofrecen a lo largo de la licenciatura en Educación Secundaria contenidos transversales de sexualidad humana, específicamente en las asignaturas Desarrollo de los Adolescentes I: Aspectos Generales; Desarrollo de los Adolescentes II: Crecimiento y Sexualidad; Desarrollo de los Adolescentes III: Identidad y Relaciones Sociales; así como en Atención Educativa a los Adolescentes en Riesgo. Además, en la especialidad de Biología se incluyen otras asignaturas en las que se fortalece dicha temática, particularmente en Educación Ambiental y para la Salud se incluye un bloque dedicado a la educación para la sexualidad. Con esto se pretende que los estudiantes normalistas cuenten con un espacio para integrar, analizar y comprender las cuatro potencialidades que caracterizan a la especie humana: la capacidad reproductiva, la identidad genérica, la vinculación afectiva y el erotismo. Estas cuatro potencialidades se abordan con base en conocimientos, valores y actitudes que se han ido fortaleciendo en diversas asignaturas de la licenciatura y se vinculan con el

...se pretende que los estudiantes normalistas cuenten con un espacio para integrar, analizar y comprender las cuatro potencialidades que caracterizan a la especie humana: la capacidad reproductiva, la identidad genérica, la vinculación afectiva y el erotismo

estudio de los métodos anticonceptivos, así como con medidas para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el sida.

En la licenciatura de Educación Primaria, en las asignaturas relacionadas con la enseñanza de las Ciencias Naturales, se introducen los contenidos de sexualidad desarrollados en los libros de texto y del maestro.

Bibliografía

- SECRETARÍA de Educación Pública: *Plan y programas / Educación Básica / Primaria*, México, 1993.
- : *Plan y programas / Educación Básica / Secundaria*, México, 1993.
- : *Libro integrado / Primer grado*, México, 1993.
- : *Libro integrado / Segundo grado*, México, 1994.
- : *Libro para el maestro de Biología*, México, 1994.
- : *Ciencias Naturales / Tercer grado*, México, 1996.
- : *Ciencias Naturales / Cuarto grado*, México, 1997.
- : *Ciencias Naturales / Quinto grado*, México, 1998.
- : *Guía de estudio para maestros / Temas de educación sexual, equidad de género y prevención de adicciones / 5º y 6º grados*, México, 1998.
- : *Ciencias Naturales y Desarrollo Humano / Sexto grado*, México, 1999.
- : *Libro para el maestro de Ciencias Naturales / Quinto grado*, México, 1999.
- : *Libro para el maestro de Ciencias Naturales y Desarrollo Humano / Sexto grado*, México, 1999.
- : “Acuerdo número 253 por el que se actualizan los diversos números 177 y 182, mediante los cuales se establecieron, respectivamente, un nuevo plan de estudios para educación secundaria, y los programas de estudio correspondientes”, en *Diario Oficial de la Federación*, México, 3 de febrero de 1999.
- : *Libro para el maestro de Formación Cívica y Ética*, México, 2000.
- : *Guía de estudio y Lecturas*, del paquete didáctico del curso nacional de actualización: “La Enseñanza de las Ciencias Naturales en la Educación Primaria”, México, 2001.

Servicios amigables para los jóvenes

Vicente Díaz

77

Me toca narrarles un programa exitoso de la sociedad civil organizada. Se trata de un programa que se ha preocupado y se ha ocupado de la atención a los jóvenes y que surgió de la sociedad civil; se denomina Gente Joven y es de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam). Gente Joven ha funcionado por más de 20 años y se ha podido exportar: actualmente se desarrolla –con las mismas estrategias que les iré comentando–, por ejemplo, en Nigeria, Etiopía, Filipinas y sur de los Estados Unidos, concretamente en el estado de California.

Este programa ha demostrado sus bondades: ayuda a mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, y cierra el tejido social, lo hace más fuerte y más resistente para soportar, con los menores daños, alteraciones que pudieran afectar el potencial de crecimiento social y económico de la población, particularmente de los jóvenes. Ése es el programa Gente Joven.

Gente Joven es conducido por Mexfam, es una idea de Mexfam, una organización civil dirigida por voluntarios. Fue fundada en 1965. Incluso antes de que existiera la Ley General de Población con sus modificaciones (de la cual celebramos en 2003 su trigésimo aniversario), ya Mexfam era pionera en planeación familiar, en promoción comunitaria, en educación sexual, en perspectiva de género, en derechos sexuales y reproductivos (ya se insinuaban desde ese tiempo), y, sobre todo, en metodología anticonceptiva. Mexfam en México ha sido una de las instituciones pioneras en la anticoncepción de emergencia, por ejemplo.

La misión de Mexfam es proporcionar servicios de calidad y de vanguardia en planeación familiar, en salud y educación sexual, de manera prioritaria a los grupos vulnerables de la población: jóvenes, y personas en situación de pobreza.

Se considera que los jóvenes son una población vulnerable; esto puede ser discutible, pero son el capital humano responsable de detonar el desarrollo social y económico del país, siempre y cuando se les proporcione condiciones

Director ejecutivo
de Mexfam.

de salud y educación apropiadas y puedan insertarse de una manera adecuada en el sector productivo. Serían las condiciones para aprovechar lo que ahora se llama el *bono demográfico* o esa ventaja demográfica que nos da la situación por la que atraviesa el país gracias a los programas de planificación familiar.

Por otro lado, uno de los objetivos específicos del trabajo con la población joven es disminuir los embarazos no deseados, los embarazos en edades

las jóvenes embarazadas abandonan tempranamente la escuela y con ello restringen sus posibilidades de desarrollo, lo cual es una condición de inequidad en la sociedad

muy tempranas, que además constituyen una condición de riesgo (la mayor tasa de abortos sucede en este grupo de la población, y esto condiciona las muertes maternas). Entonces, la prevención de embarazos no planeados, en esta edad, y la prevención de abortos es una prioridad desde el punto de vista de salud pública.

Además las jóvenes embarazadas abandonan tempranamente la escuela y con ello restringen sus posibilidades de desarrollo, lo cual es una condición de inequidad en la sociedad. Evidentemente

hay que promover la equidad de género.

Hace un momento se comentaba la importancia de promover la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-sida. Hay que mejorar el acceso de los adolescentes a los sistemas de salud –ya se comentaba que los adolescentes tradicionalmente no acuden a los servicios de salud; esos servicios no son amigables para ellos– y garantizar el empoderamiento de los jóvenes sobre todo en las estrategias que se conocen como *habilidades para la vida*.

El objetivo del programa Gente Joven es promover una nueva cultura de la salud sexual basada en los derechos humanos, en los derechos sexuales y reproductivos: el ejercicio libre e informado, placentero, de la sexualidad; así como la convivencia y el diálogo de las diversidades. No podemos ya dejar de lado esa realidad que existe en el país. Tenemos que abrir la discusión de todos estos cambios que se dan en las sociedades plurales, y México no escapa de esa situación.

El programa Gente Joven funciona en 56 localidades de 28 estados de la república. Es apoyado por organizaciones multilaterales que aportan dinero para operar estos programas; muchos de ellos se ejecutan con recursos propios de la institución, y en algunos otros tenemos convenios con instituciones de gobierno, con las de salud y con el Seguro Social primordialmente.

Les voy a describir en qué se basa la estrategia de Gente Joven, cuáles son los componentes o las intervenciones que se realizan en este programa para que los adolescentes puedan participar activamente y mejoren sus condiciones de salud sexual y reproductiva.

La idea es crear una nueva cultura de la salud sexual, evitar el concepto de que los adolescentes son reproductores compulsivos y tratar de fincar esta nueva cultura en valores como el amor, el afecto, la responsabilidad, la igualdad y la equidad de género.

Los derechos son la parte fundamental de este programa. El derecho a la información es algo que debemos promover y esto se hace a través de la producción de materiales: educativos, informativos, de comunicación, los cuales han sido traducidos por lo menos al idioma inglés y se utilizan en más de tres países, según tenemos conocimiento. Esos materiales se basan en las necesidades propias de la población. A través del diálogo constante con los jóvenes, éstos participan en el diseño de los materiales. Se crean comités que dan ideas sobre el tipo de temas que deben ser tratados. Algunos temas como el inicio de la vida sexual, la masturbación, el orgasmo, la homosexualidad, etcétera, tradicionalmente no se abordan en la educación sexual escolarizada. Los jóvenes tienen inquietudes al respecto; por ello se generan materiales que difunden esta información.

Los jóvenes evalúan estos materiales, y, una vez evaluados, éstos se liberan y se distribuyen de manera extensa. Se busca que los materiales sean modernos, acordes con las necesidades y las visiones de los jóvenes; para ello se utiliza todo el multimedia actualmente disponible: videos, páginas *web*, así como rotafolios, carteles, etcétera.

Evalúan críticamente el formato, las viñetas, los contenidos, el lenguaje utilizado. Una vez que los jóvenes aprueban el formato y los contenidos, los materiales son liberados. Hay todo un equipo profesional que cuida que los contenidos técnicos sean los adecuados. Esta mezcla, esta combinación de trabajo de jóvenes, con sus inquietudes, más un equipo profesional bien informado, es lo que ha producido el éxito en la utilización de estos materiales.

Otro ámbito de trabajo dentro del programa Gente Joven se desarrolla en las escuelas. En México, afortunadamente, la gran mayoría de los jóvenes asisten a la escuela. Se busca favorecer en el ambiente escolar la comunicación familiar, en particular sobre estos temas, tomando a padres y maestros como *replicadores*, quienes deben tener información de calidad para poder platicar con los jóvenes.

Por las encuestas se sabe que los jóvenes prefieren que la información sobre sexualidad y reproducción provenga de padres, y maestros y maestras. De ahí que éstos deben estar bien informados sobre dichos temas; deben tener información verídica, actualizada, de calidad y sin sesgos.

Por las encuestas se sabe que los jóvenes prefieren que la información sobre sexualidad y reproducción provenga de padres, y maestros y maestras. De ahí que éstos deben estar bien informados sobre dichos temas; deben tener información verídica, actualizada, de calidad y sin sesgos.

Se abordan los temas que son de mayor inquietud, como: pubertad y proceso reproductivo. Se trata el tema de embarazo adolescente y metodología anticonceptiva, sexualidad y juventud, y prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-sida.

Se tienen diferentes formatos de cursos o maneras de interactuar con los profesores. Uno de ellos es un curso de 44 horas para maestros que tiene el objetivo de convertirlos en multiplicadores de este proceso. Se realizan eventos junto con las escuelas, tanto en el ambiente de la misma escuela como fuera de él.

El otro aspecto del trabajo del programa Gente Joven es el trabajo comunitario, que quizá es el más interesante. La estrategia consiste en buscar a los adolescentes tal como en el programa que tiene el Instituto Mexicano del Seguro Social, que en realidad es una extensión institucionalizada del programa Gente Joven; se trata de la técnica que en inglés se denomina *the out reach*: salir y buscar a los jóvenes en los ambientes donde trabajan, donde se reúnen.

En este contexto comunitario se busca llevar información educativa a los jóvenes organizados en bandas. El trabajo con chavos banda ha demostrado ser muy importante; Mexfam tiene experiencias muy interesantes de trabajo con estos grupos.

Se trabaja también en las industrias, sobre todo en los temas de equidad de género, y ahora estamos tocando el tema de prevención de violencia intrafamiliar, especialmente la ejercida contra las mujeres.

Hay talleres con padres y madres adolescentes.

Se busca a los jóvenes en sitios de recreación, en situaciones de calle; se va a los billares, a las discotecas, a los sitios donde se reúnen.

Esta labor se realiza también a través de módulos de información, en parques públicos, fuera de sitios de reunión.

Se efectúan visitas domiciliarias: por ejemplo, cuando se identifica a una madre adolescente que requiere una prevención de embarazo, si es que no tiene un método anticonceptivo.

Se realizan brigadas informativas, y se aprovechan todas las formas de reunión, todas las formas de convivencia, para tratar de llevar información de calidad a estos jóvenes.

Se realizan concursos de expresión juvenil: *graffiti*, video-debate, cine-debate, etcétera.

Tratamos de que el programa Gente Joven se integre con procesos lúdicos o recreativos: el sitio donde los jóvenes se reúnen para sus encuentros deportivos es otro lugar específico de trabajo.

Y obviamente se realizan marchas. Hoy, afuera de la Secretaría de Gobernación estuvo un grupo de jóvenes demostrando su alegría por los 30 años de la promulgación de la Ley General de Población. Estuvieron ahí manifestando su apoyo y solidaridad con las políticas de Estado sobre salud sexual y reproductiva.

Hay grupos organizados de teatro. Se hace teatro en cualquier oportunidad que se tenga, teatro callejero, con títeres, teatro de sombra.

Ése es el trabajo comunitario.

Existe otro trabajo más especializado que es el que se practica en las clínicas dedicadas a la atención a adolescentes. Este tema se ha discutido mucho en las instituciones del sector público, pero por el costo y por la dificultad de manejarlas se ha abandonado un poco.

El trabajo con adolescentes en clínicas constituye un reto, dado que los horarios de servicio y los formatos de registro representan una barrera formal para que ellos se acerquen. Hay que hacer formatos más flexibles; que los jóvenes se sientan de alguna manera atraídos para acudir a estos centros.

Las clínicas Gente Joven deben ofrecer su servicio a un precio muy bajo: prácticamente entre 20 y 30 pesos la consulta o el servicio de atención. Debe haber espacios, además de la consulta médica, donde los jóvenes reciban información, donde se puedan reunir y discutir temas que les sean comunes. Hay que dar información sobre, por ejemplo, orientación vocacional o algunos otros temas que los jóvenes consideran importantes.

El trabajo con adolescentes en clínicas constituye un reto, dado que los horarios de servicio y los formatos de registro representan una barrera formal para que ellos se acerquen

El equipo que trabaja en las clínicas Gente Joven o de atención a adolescentes debe estar integrado por médicos, de preferencia especialistas en medicina del adolescente. Debe haber también equipos de sicólogos o sicólogas que atiendan otras necesidades de los jóvenes. Y también consideramos importante que haya espacios de reunión, sitios lúdicos; ya sea cafés internet, espacios donde puedan ir a realizar sus tareas, a platicar, a reunirse, a intercambiar información.

En la encuesta mencionada por Gabriela Rodríguez, que realizó Mexfam sobre el programa Gente Joven, en 1999, se detectó que más de ochenta por ciento de los jóvenes obtenían los métodos anticonceptivos, principalmente los condones, a través de las farmacias. Los jóvenes no acuden a los servicios institucionales de salud a recibir los métodos anticonceptivos, sólo un porcentaje muy bajo.

Concluimos que dar información de calidad a los empleados de farmacias era un punto muy importante. Se creó entonces una estrategia que se llama Farmacias Amigables, en la cual se trabaja con los dependientes de las farmacias, se les da información de calidad sobre salud sexual y reproductiva, y después de este proceso se pone un logo que identifica que ese establecimiento es una farmacia amigable para el adolescente. Los adolescentes las reconocen y acuden.

Es una estrategia que ha resultado exitosa. Algunos estados de la república, como Guanajuato, la han adoptado y la pondrán en práctica pronto.

¿Cuál es el motor del programa Gente Joven? Son los promotores juveniles. Éste es un programa de jóvenes para jóvenes. Los promotores son voluntarios, tienen entre 10 y 25 años de edad; todos ellos tienen una participación activa, y lo más importante es que ellos desarrollan e implementan las estrategias que consideran exitosas dentro de sus propias comunidades. Ellos son realmente los generadores del cambio y a los adultos nos toca solamente facilitar estas posibilidades para que los jóvenes realmente se expresen.

Los promotores juveniles son capacitados en los temas. Tratamos de que se vuelvan especialistas en derechos sexuales y reproductivos, en anti-concepción dirigida para los adolescentes. Ellos son quienes proporcionan la información y quienes distribuyen y facilitan el acceso a la metodología anti-conceptiva.

Finalmente, aquí en la ciudad de México existen por lo menos dos clínicas dedicadas a la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Una se encuentra ubicada cerca de la estación Revolución del Metro; la otra, junto a la estación Xola.

Estos programas son extremadamente costosos. Los jóvenes no tienen capacidad económica, de modo que no pueden hacer la aportación para cubrir el costo del servicio. Las organizaciones de la sociedad civil hacemos un esfuerzo por mantener estos programas vigentes, pero realmente cada vez es más difícil obtener recursos, y la subsistencia de estos programas está en riesgo.

Yo invito a que estos programas puedan ser tomados por las instituciones. Ojalá hubiera una municipalización de estos programas. Así como está el programa de agua potable, de drenaje, de letrinas, de eliminación de fauna nociva, el programa de jóvenes debería ser un programa municipal que no tuviera que cambiar con el color del partido que gobierna ese municipio.

Situación actual y desafíos
de la salud sexual y reproductiva
de las y los jóvenes en México

Situación actual y desafíos para la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes en México

Elena Zúñiga Herrera

85

Mi exposición tiene como objetivo abordar la situación actual y los desafíos de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes en México. Quiero hablar sobre este tema abordando un contexto amplio en el que también pudiéramos mostrar cómo la salud y la sexualidad de los jóvenes están muy vinculadas con sus condiciones y oportunidades educativas, laborales y de desarrollo en general; y cómo las políticas dirigidas hacia las y los adolescentes y jóvenes deben tomar en cuenta la problemática general en la que éstos viven. No es sólo cuestión de darles información y acercarles los servicios de salud sexual y reproductiva, sino de observar sus condiciones desde una perspectiva más amplia, acercarlos más a la escuela, lograr que tengan una mayor permanencia en ella y que obtengan niveles más altos de educación, y, sobre todo, que cuenten con opciones de empleo.

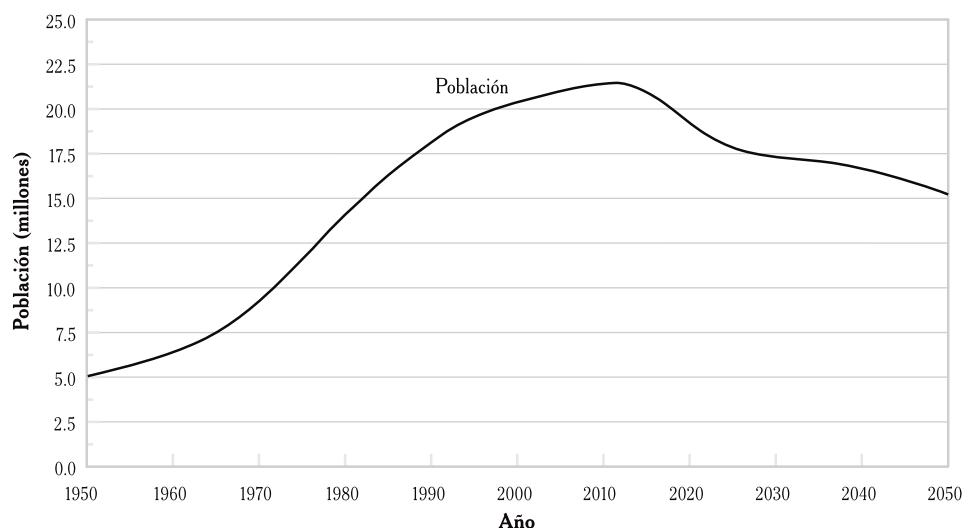
La población de 15 a 24 años de edad –como arbitrariamente podríamos delimitar la adolescencia y juventud– tuvo un incremento muy acelerado durante la segunda mitad del siglo pasado, y este crecimiento continuará presentándose hasta el año 2011. Según las estimaciones hechas por el Consejo Nacional de Población (Conapo), a partir de ese año su número descenderá paulatinamente (véase gráfica 1).

Estas generaciones de adolescentes y jóvenes nacieron en una época en la cual predominó un patrón de alta fecundidad en México, sobre todo durante las décadas de los años sesenta, setenta y ochenta, etapa en la que, además, se dio una reducción importante de la mortalidad, lo que ha permitido mayor sobrevivencia de los hijos.

Esta situación, que es muy positiva, plantea muchas oportunidades, y también muchos retos. De la población adolescente y joven depende en buena medida el potencial de desarrollo de este país, la posibilidad de salir adelante. De lo que le ofrezcamos, de las oportunidades que le demos, dependerán las posibilidades que ellos mismos generen para mejorar su calidad

Secretaría general
del Consejo Nacional
de Población
(Conapo).

Gráfica 1. Población de 15 a 24 años, 1950-2050



Fuente: Estimaciones y proyecciones de población, Conapo, 2002.

de vida y para optar por una situación más favorable en etapas posteriores de sus vidas.

La salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular, en ese contexto, juegan un papel muy importante, dado que justamente el inicio de la maternidad y el inicio de la paternidad son factores que marcan prácticamente la transición de la adolescencia a la vida adulta.

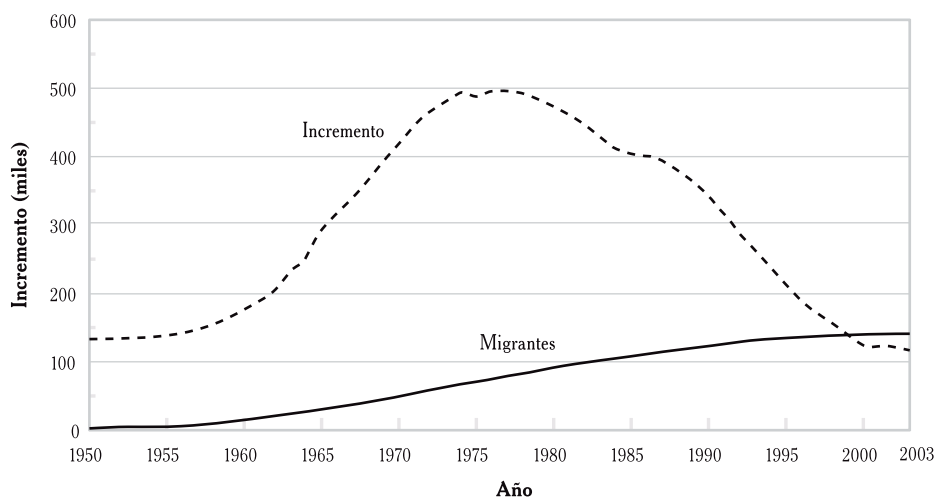
En nuestra sociedad hemos definido la adolescencia y juventud como una etapa de *moratoria social*; una etapa en las que estas personas pueden destinar sus esfuerzos y energía, a su formación y capacitación. Sin embargo, esta etapa, delimitada arbitrariamente por ciertas edades, en realidad se vive de muy diferentes maneras en nuestro país, las cuales están asociadas justamente a las oportunidades de que dispone cada individuo.

En realidad, transitar a la vida adulta significa un cambio de roles: es una asunción de responsabilidades, lo cual no ocurre a cierta edad en particular, sino que para muchas personas empieza a los 16-17 años, mientras que para otras, a los 29-30 aún no ha comenzado. Lo que deseamos exponer, como enfoque, como aproximación, es cómo se dan esas transiciones, estos cambios de roles, alrededor de qué eventos termina la adolescencia y juventud y se transita a la etapa adulta.

La gráfica 2 muestra una realidad muy especial de nuestra población joven: la migración internacional. Podemos observar cómo ha evolucionado el incremento anual de nuestra población de 15 a 24 años de edad entre 1950 y 2003. Este incremento anual llega a su pico más alto, aproximadamente

500 mil personas por año, alrededor de 1975; y a partir de entonces empieza a descender lentamente. Esto se encuentra muy asociado con el descenso de la fecundidad, pero también es evidente cómo se ha incrementado el número de migrantes, la pérdida neta por migración que tiene México relativa a la población de 15 a 24 años de edad que se va a radicar a los Estados Unidos. Este número de migrantes también ha venido aumentando de manera importante. Alrededor del año 2000 la pérdida neta anual de migrantes superó al número de personas que ingresaron a ese grupo de edad. Nos encontramos en una situación en la que la migración está teniendo una repercusión muy importante en la población joven de nuestro país, y esto tiene mucho que ver con las oportunidades: es un reflejo, es un indicador que da cuenta de cómo la sociedad ofrece alternativas a su población joven.

Gráfica 2. Incremento anual de la población de 15 a 24 años y número de migrantes internacionales del mismo grupo de edad, 1950-2003



Fuente: Estimaciones y proyecciones de población, Conapo, 2002.

Para México, el tema de la migración es prioritario porque ha tenido un impacto muy relevante en su dinámica demográfica; y particularmente en la población joven, este efecto parece todavía más relevante.

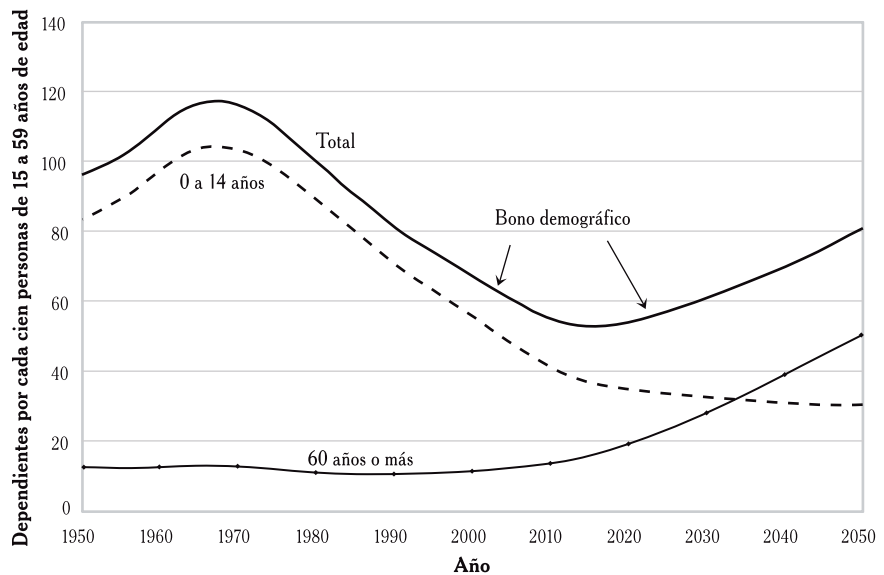
Otro ámbito que es de mucho interés para la política de población y para la política social respecto a la población joven tiene que ver con el papel que la población adolescente y joven jugará en el desarrollo del país a mediano y largo plazos. La población adolescente y joven está ingresando al mercado laboral; y las condiciones en las que ingrese, en términos de capacitación, de niveles educativos, incidirán de manera importante en la productividad.

La situación demográfica en la que nos encontramos es favorable para las próximas tres décadas, particularmente para el periodo entre 2005 y 2028. México presentará una situación única, que no se repetirá, que la han presentado todos los países que han llegado a esta etapa de la transición demográfica, denominada del *bono demográfico*. Es un bono demográfico porque en ese momento la población en edad laboral se encontrará en una relación muy favorable respecto de la población en edad dependiente.

En los años setenta, alrededor de 116 personas dependían del trabajo de 100 trabajadores; actualmente, alrededor de 60 personas dependen del trabajo de 100 trabajadores (véase gráfica 3). Estamos en una relación muy favorable para el ahorro de las familias, muy favorable para invertir en el capital humano, muy favorable para la sociedad. Sin embargo, el aprovechamiento del bono demográfico tiene una condición, tremendamente difícil y desafiante, que es generar el número de empleos que permita a este enorme potencial productivo cristalizar esta capacidad, este potencial, y convertirse en desarrollo para nuestro país.

Países como los llamados “tigres asiáticos”, que han logrado tener un crecimiento importante, supieron, entre 1960 y 1980, aprovechar este bono demográfico. Hay estimaciones que plantean que alrededor de 25 por ciento

Gráfica 3. Razón de dependencia total, infantil y de adultos mayores, 1950-2050



Fuente: Estimaciones y proyecciones del Conapo con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

del incremento del producto interno bruto de esos países en ese periodo se debió justamente al aprovechamiento del bono demográfico. México tiene ante sí ese potencial, esa posibilidad. Depende de que tengamos un proyecto económico incluyente, un proyecto económico que busque elevar la productividad y la generación de empleos, el que podamos aprovecharlo y que esto realmente marque un cambio importante para las siguientes generaciones.

En tales condiciones, esta generación de adolescentes y jóvenes es el sector más relevante, un sector al que hay que enfocar las políticas de desarrollo social para que realmente cumpla este papel. Serán ellos los que cristalizarán ese bono demográfico y también los que cerrarán la ventana demográfica cuando lleguen a la edad de 60 años, alrededor del año 2030 en adelante. Si ellos no pudieron ahorrar en su vida productiva, si ellos no pudieron generar para sí mismos, para los suyos, la inversión necesaria que les permita llegar a la edad del retiro en condiciones económicas favorables, con derechos de seguridad social, con pensiones, etcétera, será una generación que se encontrará seguramente en condiciones de mayor pobreza que la que tenemos ahora. Para ello, se requiere un compromiso en el que todos los sectores de la sociedad tenemos que trabajar de manera conjunta.

A continuación, revisaremos muy rápidamente algunos indicadores socioeconómicos de los jóvenes.

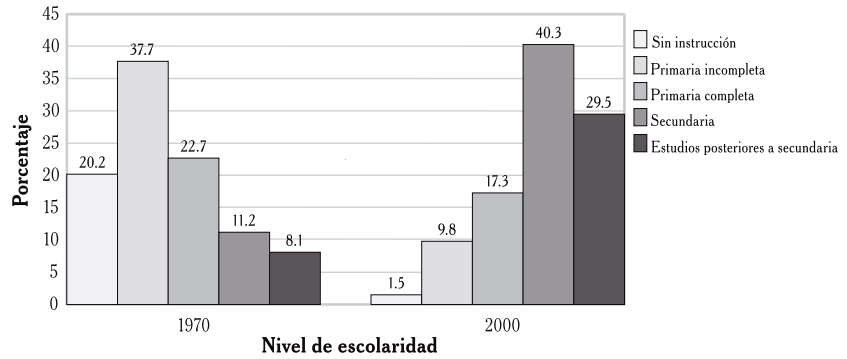
Educación

En la gráfica 4 podemos advertir que entre 1970 y 2000 hubo un incremento muy importante en los niveles educativos de nuestra población. Si bien en 1970 casi 60 por ciento de la población de jóvenes de 15 a 24 años de edad no tenía instrucción alguna o no había terminado la primaria, hoy sucede justamente lo contrario: cerca de 70 por ciento de la población cuenta con secundaria o niveles superiores.

Cerca de 95 por ciento de la población de entre seis y 11 años de edad asiste a la escuela, lo cual indica una cobertura casi universal en educación primaria, y prácticamente no hay diferencia entre las tasas de hombres y mujeres, lo cual también es un indicador muy favorable de que hemos logrado equidad en este nivel escolar (véase gráfica 5).

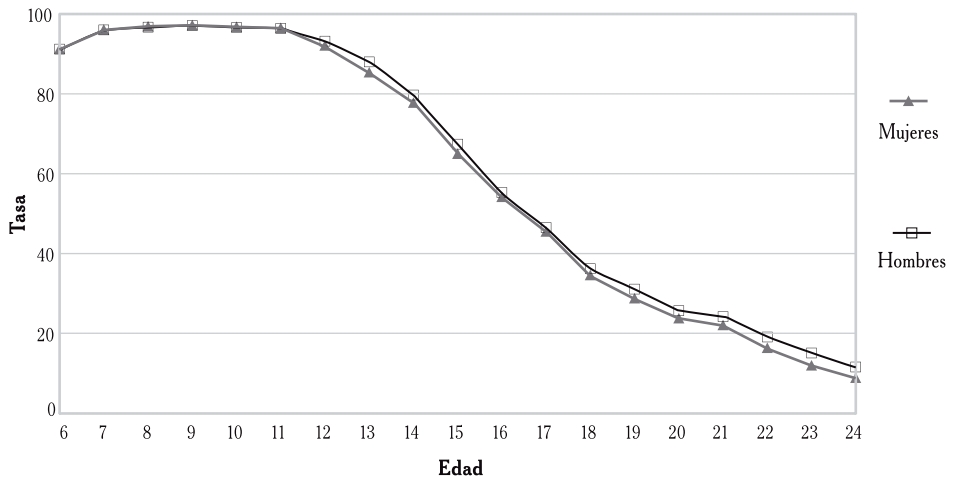
A partir de los 11 años de edad, la asistencia escolar empieza a disminuir paulatinamente, y las brechas se abren ligeramente, no demasiado, en las edades de 12 a 14 años. Esto muestra que en la secundaria todavía se experimentan diferencias de género, lo cual es negativo sobre todo para las mujeres. Posteriormente se vuelven a abrir las brechas a partir de los 17-18 años de edad.

Gráfica 4. Distribución porcentual de las y los jóvenes de 15 a 24 años de edad por nivel de escolaridad, 1970-2000



Fuente: Cálculos del Conapo con base en el IX y XII Censo General de Población y Vivienda, 1970 y 2000.

Gráfica 5. Tasas de asistencia escolar por edad y sexo, 2000



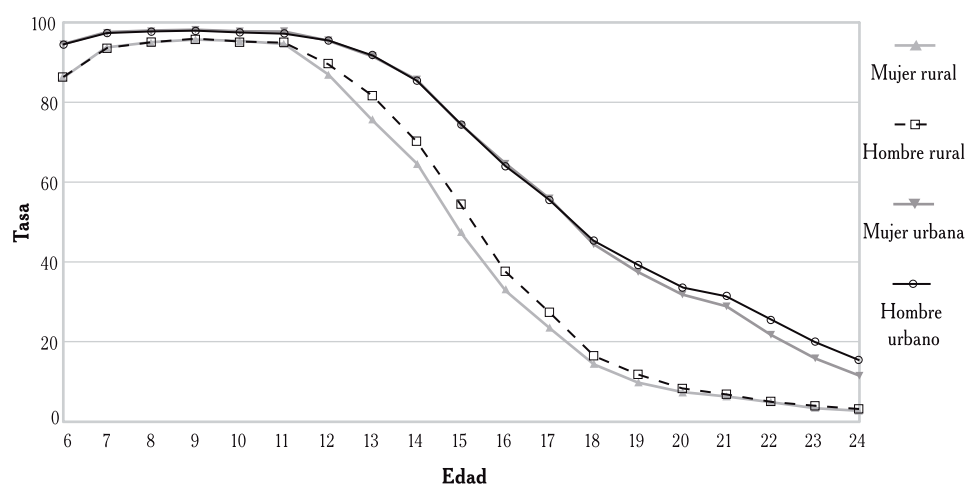
Fuente: Cálculos del Conapo con base en la muestra del XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Lo que llama la atención en este punto es que, si tomamos la media en la cual se abandona la escuela en México, notamos que entre los 16 y 17 años de edad más de 50 por ciento de las personas ya no continúa estudiando. Por ello podríamos plantearnos que, si la asistencia y permanencia en la escuela marcara el periodo de adolescencia y la moratoria social de la que hablábamos, esta etapa terminaría entre los 16 y 17 años de edad en nuestro país, lo cual nos da cuenta de lo temprano que sucede lo anterior, de cómo es que no

estamos logrando garantizar esta etapa formativa a nuestros jóvenes o lo estamos haciendo a una adolescencia muy temprana.

La asistencia escolar varía de manera importante entre la población rural y la población urbana. Las disparidades de género son muy acentuadas en el área rural en contra de las mujeres, mientras que en el área urbana estas desigualdades de género en la asistencia educativa prácticamente han desaparecido (véase gráfica 6).

Gráfica 6. Tasas de asistencia escolar por edad según sexo y lugar de residencia, 2000



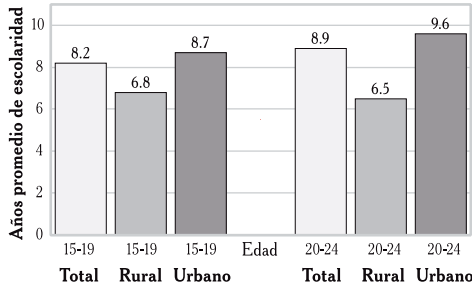
Fuente: Cálculos del Conapo con base en la muestra del XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

La adolescencia, la juventud, en el medio rural, es algo que termina muy tempranamente, alrededor de los 14, 15, 16 años, en términos de educación, de asistencia a la escuela; hacen falta oportunidades de desarrollo.

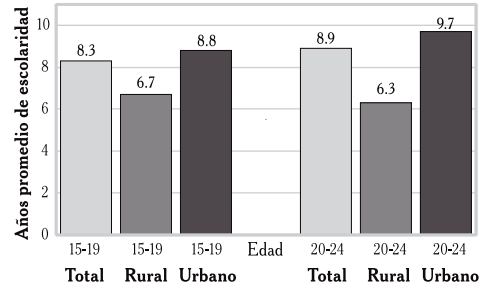
Los hombres han alcanzado niveles de escolaridad mucho más elevados que los que tenían tres décadas atrás; sin embargo, todavía estamos hablando de que a los 20-24 años de edad el promedio de escolaridad es de 8.9 años –9.6 en las áreas urbanas, 6.5 en las áreas rurales–: se trata de niveles de escolaridad todavía muy bajos (véase gráfica 7).

Las mujeres de 20 a 24 años de edad presentan una situación muy similar y con niveles de escolaridad todavía de alrededor de 9.7 años (en las áreas urbanas). Esto significa que están entrando a la preparatoria, que terminaron como máximo la secundaria. En el área rural, solamente terminan la primaria. Existe una disparidad tremenda entre ambos contextos (véase gráfica 8).

Gráfica 7. Promedio de escolaridad de los hombres de 15 a 24 años de edad según el tamaño de la localidad, 2000



Gráfica 8. Promedio de escolaridad de las mujeres de 15 a 24 años de edad según el tamaño de la localidad, 2000



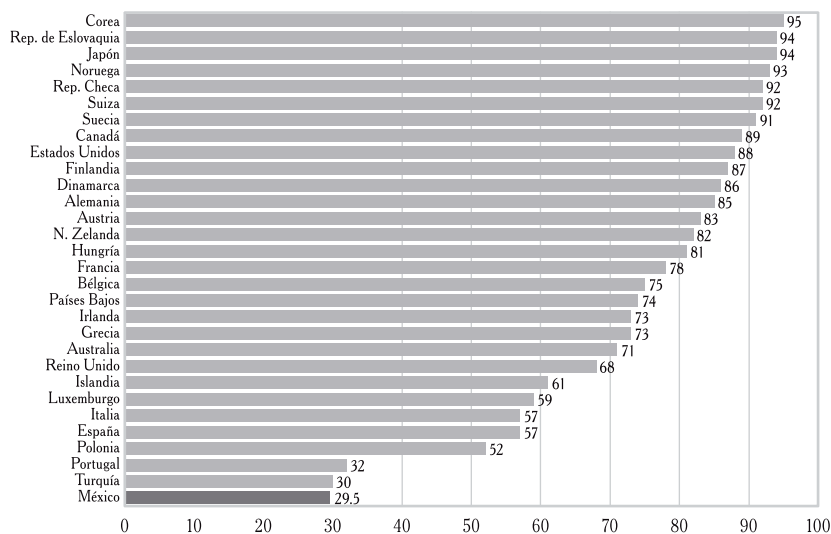
Fuente: cálculos del Conapo con base en la muestra del XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Si comparamos el porcentaje de la población de nuestro país que logró concluir preparatoria, o sea, educación media superior o más, que tiene de 25 a 34 años de edad, con los de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), de la que México forma parte, notamos que nuestro país se encuentra en el último lugar. Solamente alrededor de 29 por ciento de este grupo de edad ha logrado al menos concluir la preparatoria, comparado con niveles de hasta 95 por ciento de otros países (véase gráfica 9).

Si hacemos una proyección con base en los indicadores que plantea la Secretaría de Educación Pública en términos de eficiencia terminal, de tránsito de primaria a secundaria, de secundaria a preparatoria, etcétera, de cuál sería el promedio de años de educación al que podríamos aspirar en 2010, por ejemplo, podemos notar que cumpliendo con todas las previsiones de la Secretaría de Educación Pública, que de alguna manera hace referencia a sus metas, en 2015 alcanzaríamos un nivel de escolaridad de 11.4 años, para el grupo de 25 a 34 años de edad; con ello elevaríamos de casi 9 a 11.4 años el nivel educativo de nuestra población (véase gráfica 10).

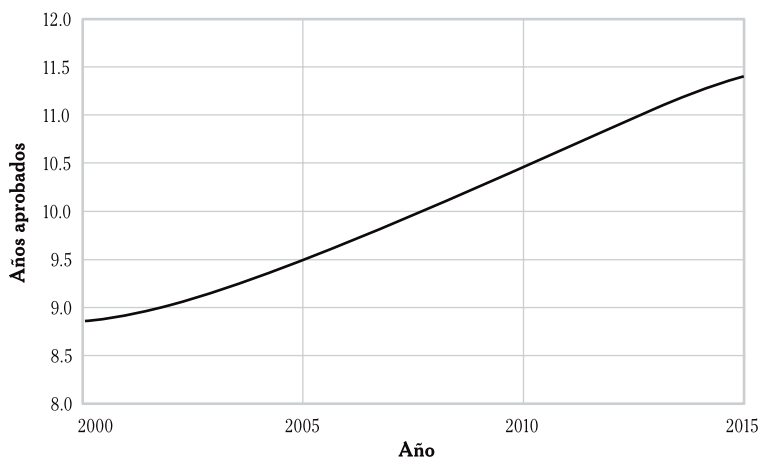
Si hiciéramos eso, lo cual sería un importante avance en este periodo, en el año 2015 alrededor de 55 por ciento de nuestra población de 25 a 34 años de edad habría terminado al menos el nivel de educación media superior. Y también, si ninguno de los otros países cambiara su situación y se comportara de la misma manera que se comportó en 2000, pasaríamos a un nivel solamente tres países arriba. La competencia es muy fuerte y el esfuerzo que tenemos que hacer es muy grande (véase gráfica 11).

Gráfica 9. Países miembros de la OCDE / Porcentaje de la población de 25 a 34 años con, al menos, educación media superior terminada (alrededor de 2001)



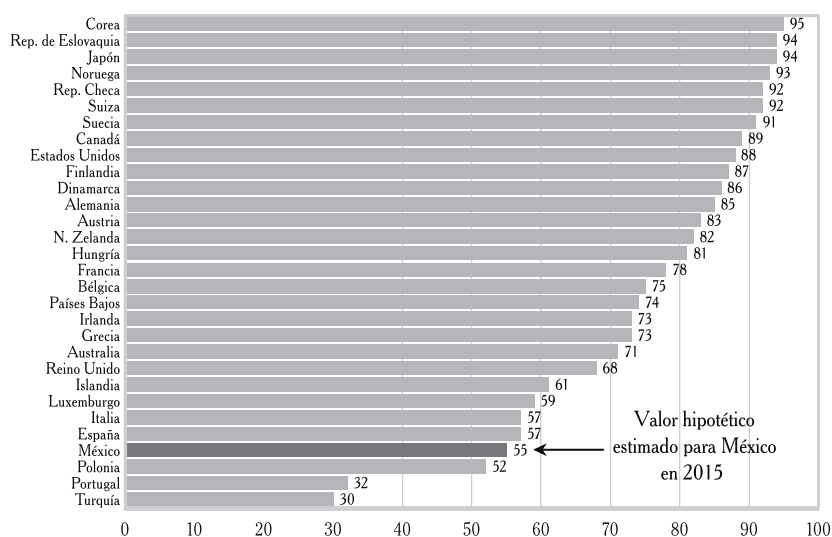
Fuente: «www.oecd.org/els/education/eag2002»; Encuesta Nacional de Empleo (ENE), México, 2003.

Gráfica 10. Promedio de años de educación de la población de 25 a 34 años, 2000-2015



Fuente: Proyecciones educativas del Conapo, 2003.

Gráfica 11. Países miembros de la OCDE / Porcentaje de la población de 25 a 34 años con, al menos, educación media superior terminada (alrededor de 2001)



Fuente: «www.oecd.org/els/education/eag2002»; Encuesta Nacional de Empleo (ENE), México, 2003.

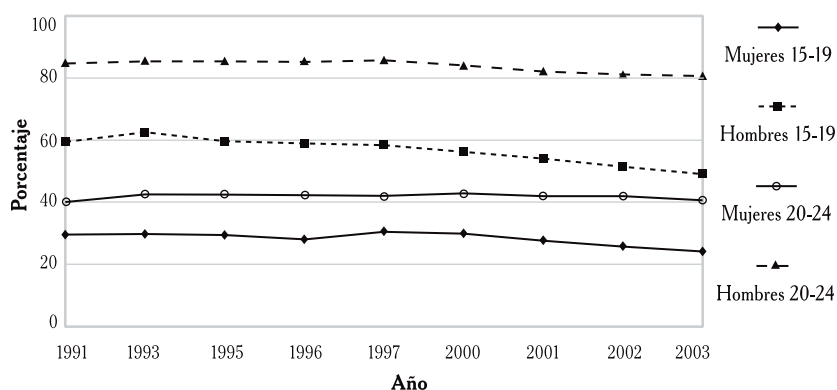
Participación económica

Los grupos de 15 a 19 años de edad han registrado en años recientes un ligero descenso en sus tasas de participación económica. Ello se asocia con su mayor asistencia escolar y su mayor permanencia en la escuela. La participación del grupo de 20 a 24 años de edad es diferente: alrededor de 80 por ciento de los hombres y alrededor de 40 por ciento de las mujeres realizan alguna actividad económica. Para las mujeres de ese grupo de edad dicho porcentaje se ha mantenido más o menos constante a lo largo de estos años (véase gráfica 12).

Nuestros jóvenes tienen menores oportunidades; con mayor frecuencia tienen empleos precarios; 45 por ciento del empleo en los jóvenes es informal. Si vemos la proporción que tiene contratos, que tiene seguridad social, cuántos de ellos tienen servicios médicos, etcétera, concluimos que la situación de la población joven es mucho más inestable que la de los adultos (véase gráfica 13).

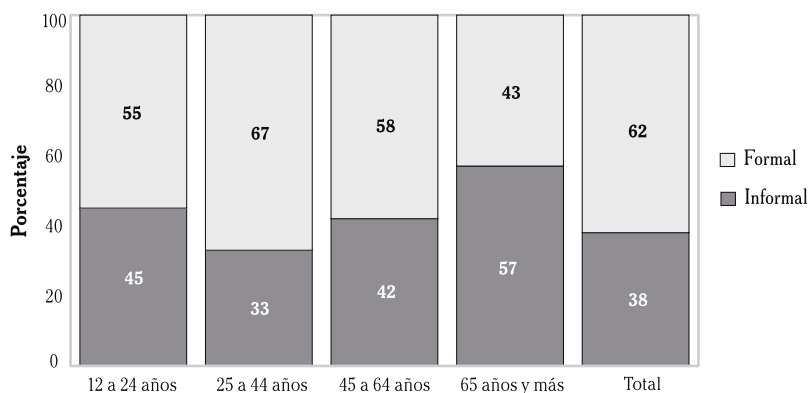
Quisiera también destacar una cuestión muy importante en términos de la preparación de la población, de la calificación del trabajo, y su vínculo con las probabilidades de ascenso social fundamentalmente, y de incremento de

Gráfica 12. Tasas de participación económica de los jóvenes de 15 a 24 años por sexo, 1991-2003



Fuente: Cálculos del Conapo con base en la ENE, 1991, 1993, 1995, 1996, 1997, 2000, 2001, 2002 y 2003.

Gráfica 13. Distribución porcentual de la población ocupada según tipo de empleo y edad, 2000



Fuente: Cálculos del Conapo con base en la ENE, 2000.

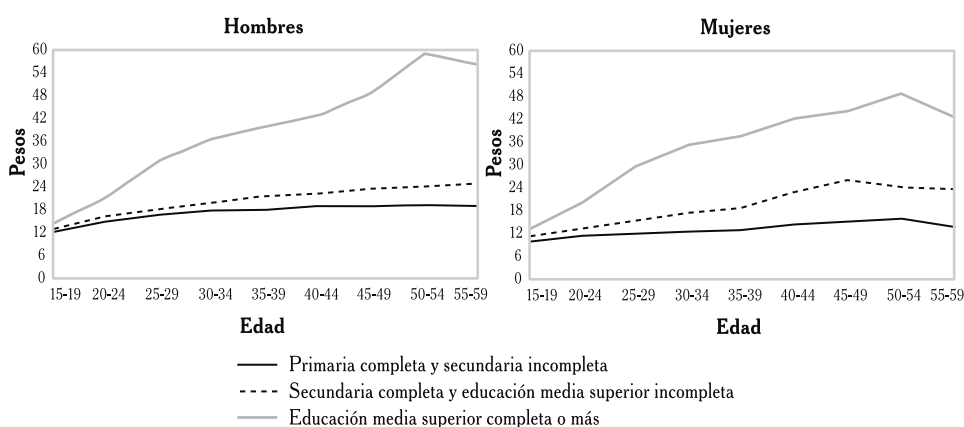
sus niveles de ingreso. La gráfica 14 muestra cuál es el pago por hora que recibe la población de hombres de diferentes grupos de edades, de toda la población en edad laboral que trabaja en el sector no agrícola, por nivel educativo. La población que tiene educación media superior completa o más es la única que con la edad presenta un aumento considerable del ingreso por hora trabajada.

Los jóvenes con el mismo nivel educativo reciben menor ingreso. En realidad, buena parte del mejoramiento del ingreso por el trabajo se da con la

experiencia laboral; nuestros jóvenes, al no tenerla, se insertan en el mercado de trabajo, con menores ingresos. Solamente quienes posean mayores niveles de educación serán los que podrán mejorar considerablemente sus niveles de vida a lo largo de su vida.

El caso de las mujeres es menos favorable para los diferentes niveles educativos. Las mujeres con secundaria completa presentan una movilidad social aparentemente mayor que la de los hombres (véase gráfica 15).

Gráficas 14 y 15. Pago por hora en el sector no agrícola por grupo de edades según nivel educativo, 2003



Fuente: Cálculos del Conapo con base en la Encuesta Nacional de Empleo, 2003.

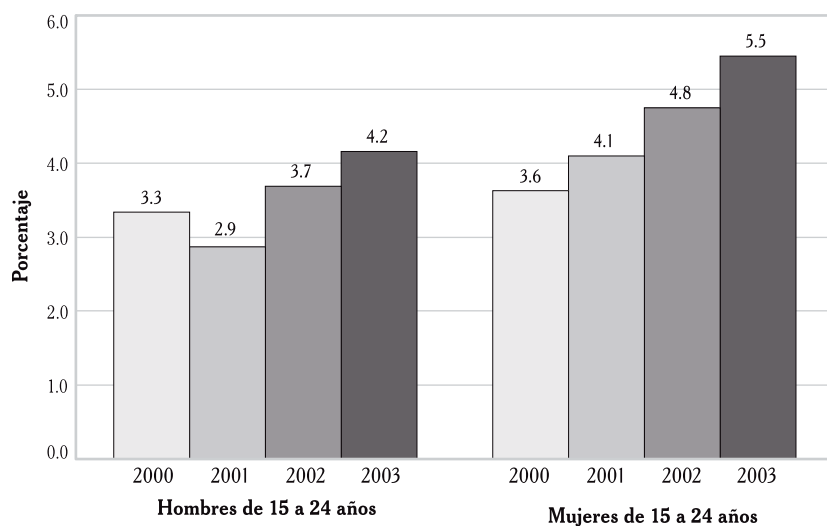
Las tasas de desempleo son más elevadas entre los jóvenes, particularmente para las mujeres, y en los últimos años las tasas del desempleo de este grupo han presentado un crecimiento mayor que las del resto de los grupos de edades de nuestra población (véase gráfica 16).

Si lo vemos por ámbitos, el problema del desempleo abierto es fundamentalmente urbano. En el medio rural casi no hay desempleo o éste es muy bajo, la gente se emplea u ocupa de alguna manera, y obtiene por lo menos lo mínimo para su sobrevivencia (véase gráfica 17).

El desempleo se asocia más al sector social vinculado a la economía formal y por eso es un fenómeno de las áreas urbanas. Éste se ha ido incrementando y afecta sobre todo al sector más joven que busca empleo, el sector de 15 a 19 años de edad, pero también al grupo de 20 a 24 años.

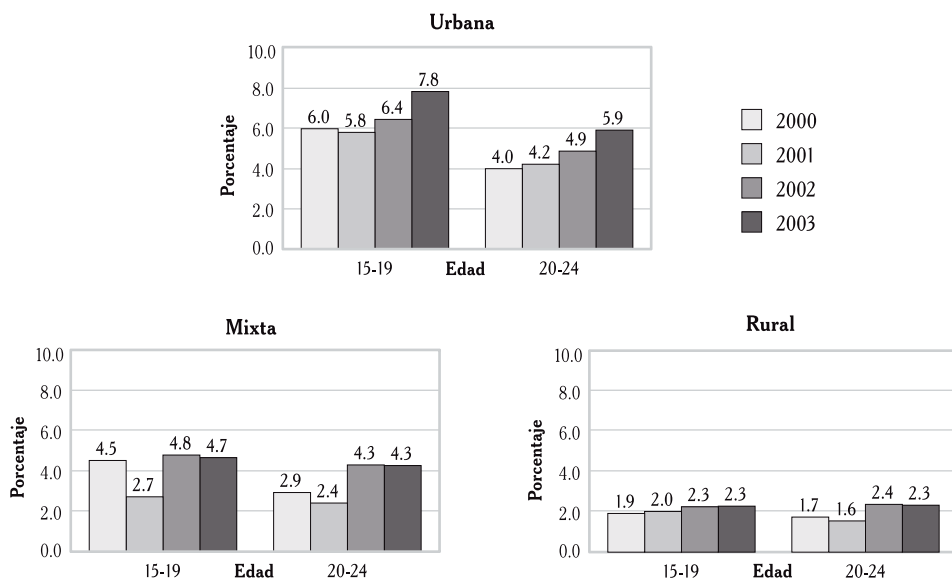
Con base en información del Censo General de Población y Vivienda, la gráfica 18 muestra a qué se dedican nuestros adolescentes y jóvenes. Alrededor de 31 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años de edad se dedica sólo a los quehaceres del hogar y otro 10 por ciento no estudia ni trabaja.

Gráfica 16. Tasas de desempleo abierto de los jóvenes de 15 a 24 años por sexo, 2000-2003



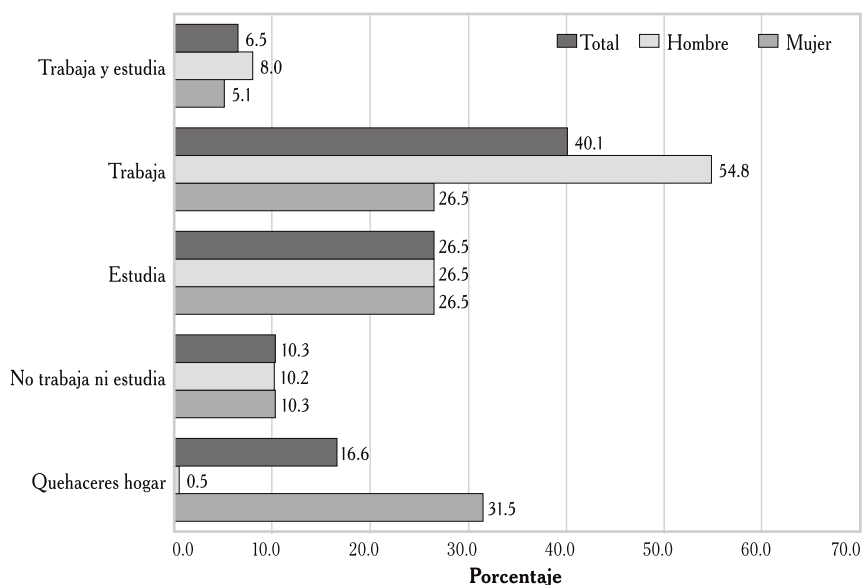
Fuente: Cálculos del Conapo con base en la Encuesta Nacional de Empleo (segundo trimestre) 2000.

Gráfica 17. Tasas de desempleo abierto de los jóvenes por grupo de edades según tamaño de localidad, 2000-2003



Fuente: Cálculos del Conapo con base en la Encuesta Nacional de Empleo (segundo trimestre) 2000.

Gráfica 18. Distribución porcentual de la población de 15 a 24 años según condición de actividad y sexo, 2000



Fuente: Cálculos del Conapo con base en la muestra del XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

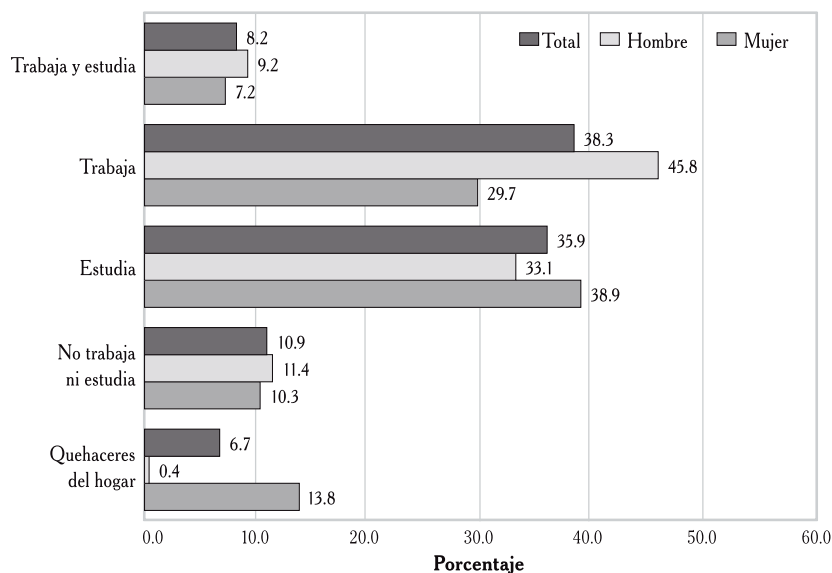
Podríamos asociar lo anterior con la condición civil: quizá hay más mujeres casadas, unidas, a estas edades, y por eso se dedican a los quehaceres del hogar. En el caso de las solteras, de todas maneras, alrededor de 23-24 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años de edad no estudia ni trabaja o se dedica a los quehaceres domésticos (véase gráfica 19).

Se trata de un sector de la población al que llamaríamos *de aislamiento*, que no ha logrado transitar a los roles de la vida adulta a través del matrimonio, por la formación de su propia familia. Siguen siendo personas vinculadas, dependientes del hogar, sin oportunidades. Ya sea por ellos mismos, por sus padres o por su condición social no tienen oportunidades de continuar su periodo formativo, ya sea en la escuela o iniciando su experiencia laboral.

Esto también es importante para los hombres que no estudian ni trabajan, pero sin duda está afectando mucho más a las mujeres. Las personas solteras de estas edades asumen muy rápidamente tareas laborales, se incorporan al trabajo. Los porcentajes más altos de este grupo están dedicados al trabajo.

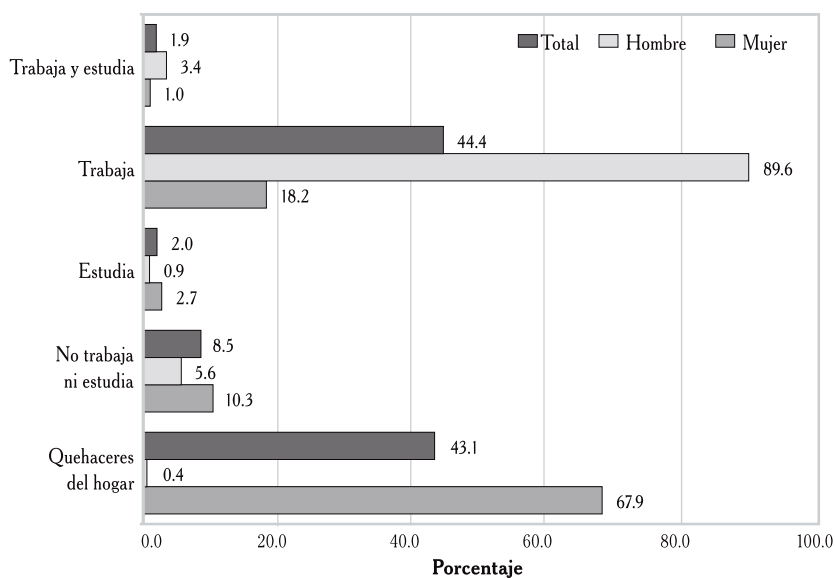
Evidentemente la unión o matrimonio representa un tránsito muy importante en los roles de género: 90 por ciento de los hombres unidos a esta edad se dedican solamente a trabajar, mientras que casi 70 por ciento de las mujeres se dedican sólo a los quehaceres domésticos (véase gráfica 20).

Gráfica 19. Distribución porcentual de la población de 15 a 24 años solteros(as), según condición de actividad y sexo, 2000



Fuente: Cálculos del Conapo con base en la muestra del XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Gráfica 20. Distribución porcentual de la población de 15 a 24 años casados(as) o unidos(as), según condición de actividad y sexo, 2000

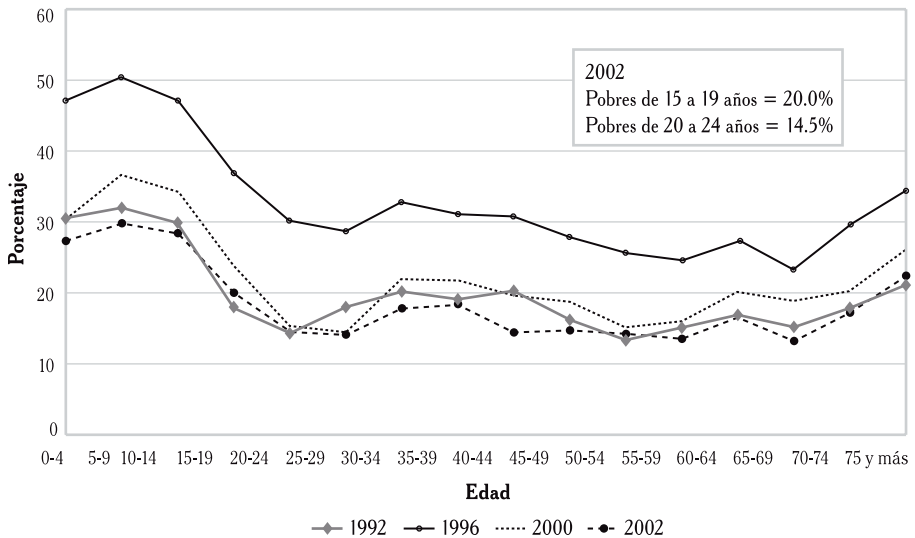


Fuente: Cálculos del Conapo con base en la muestra del XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Se necesitan políticas, programas, que pospongan la edad del matrimonio y de la maternidad y paternidad, situaciones que en México todavía siguen ocurriendo a edades tempranas.

La gráfica 21 muestra cómo evoluciona la pobreza, cuál es la situación de la pobreza en diferentes grupos de edades; es un enfoque aproximado de historia de vida. Aquí se toma como indicador de pobreza la definición de la Secretaría de Desarrollo Social. En los años de crisis, como 1996, los niveles de pobreza de todos los grupos de edad se elevan sustantivamente. Todas las líneas forman una figura muy similar: hay una reducción de los niveles de pobreza justamente en la etapa de la juventud, sobre todo entre los 20 y los 29 años de edad. Los hombres aminoran sus niveles de pobreza en esta etapa de la vida en mayor grado que las mujeres.

Gráfica 21. Porcentaje de personas en condiciones de pobreza alimentaria por grupo de edades, 1992-2002



Fuente: Cálculos del Conapo con base en las encuestas nacionales de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1992-2002.

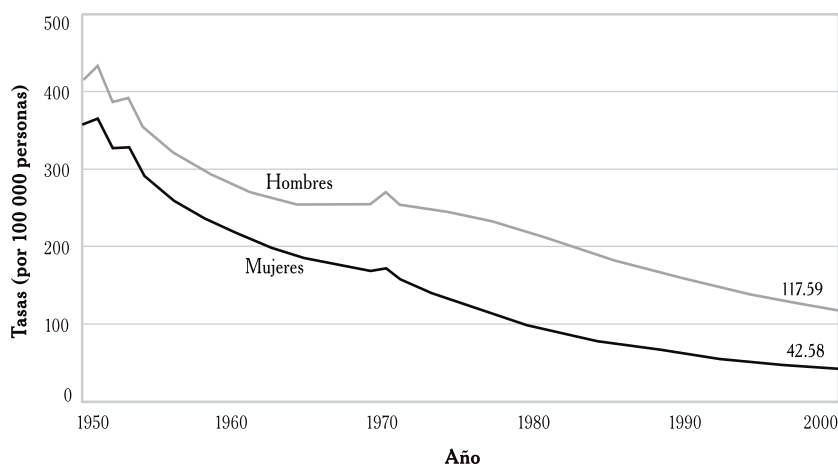
Podemos decir que la adolescencia y la juventud, en especial la juventud, es una etapa favorable para que las personas salgan de la pobreza. Sin embargo, estas condiciones favorables disminuyen o se pierden cuando las personas forman su familia, empiezan a tener hijos, y cuando ya tienen varios hijos pequeños, alrededor de los 30-34 años de edad, la incidencia de la pobreza se vuelve a incrementar nuevamente.

Esto significa que, si garantizamos oportunidades, si conseguimos que se posponga el inicio de la maternidad y la paternidad, si logramos que estas personas se consoliden en el empleo antes de formar una familia, podríamos incidir favorablemente en los niveles de pobreza en etapas posteriores: que estas personas no regresen a la pobreza.

Salud y comportamiento sexual y reproductivo

La gráfica 22 muestra cómo han disminuido las tasas de mortalidad de la población de 15 a 24 años de edad (una reducción importante). Si lo comparamos con otros grupos de edades, no es el grupo que más ha disminuido los niveles de mortalidad en los últimos años. Sin duda, el grupo de menores de cinco años y menores de un año es el que muestra los mayores descensos.

Gráfica 22. Tasas de mortalidad de la población de 15 a 24 años, 1950-2000

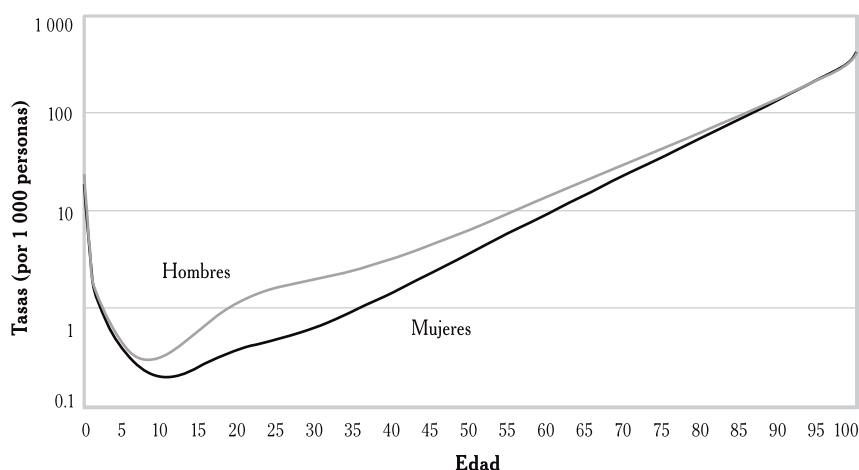


Fuente: Cálculos y proyecciones de población del Conapo, 2002.

Los hombres mueren más que las mujeres en esta etapa de la vida. Los hombres tienen mucho mayores riesgos de muerte, lo que tiene mucho que ver con patrones de género, de comportamiento, asociados a actitudes, a prácticas de mayor riesgo, de mayor violencia. Las brechas entre la mortalidad masculina y la femenina se amplían de 1960 a 1980.

En la gráfica 23 se aprecia que en las edades jóvenes, entre 10 y 44 años de edad, ocurren las mayores diferencias en las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres, lo cual se traduce en una mayor esperanza de vida para ellas.

Gráfica 23. Tasas específicas de mortalidad por sexo, 2003



Fuente: Conapo, Proyecciones de población de México, 2000-2050.

Por su parte, la gráfica 24 muestra las tasas de mortalidad por causas, en el grupo de población de 15 a 19 años de edad. Los accidentes, primero, y luego los homicidios, son los causantes del principal número de pérdidas de nuestros jóvenes en este país. Hay ciertos lugares donde la violencia, el riesgo, es mucho mayor (por ejemplo, en Tijuana y Ciudad Juárez); y hay ciudades como Monterrey que son muy protectoras.

Esta información es importante también para analizar cómo estamos influyendo en las cuestiones más *micro* y qué oportunidades estamos dando a nuestros jóvenes para vivir sanamente, para sobrevivir a esta etapa de la vida que genera varios riesgos.

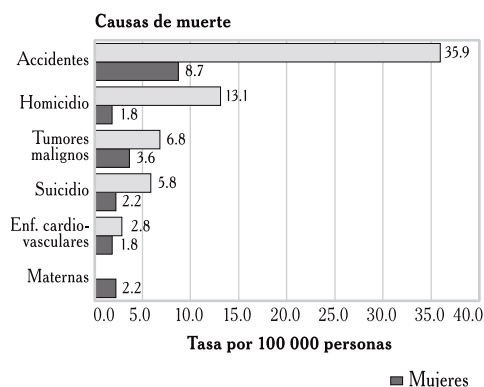
En el grupo de población de 20 a 24 años de edad, los accidentes son la principal causa de muerte; la tasa de mortalidad en hombres, por esta razón, es de 53.9 por cien mil personas (véase gráfica 25).

Aquí ya aparecen también las infecciones y enfermedades parasitarias. Si analizamos más específicamente las enfermedades, advertiremos que el sida ocupa ya el cuarto lugar como causa de muerte en el grupo de población de 20 a 24 años de edad; y es la sexta causa en el caso de las mujeres.

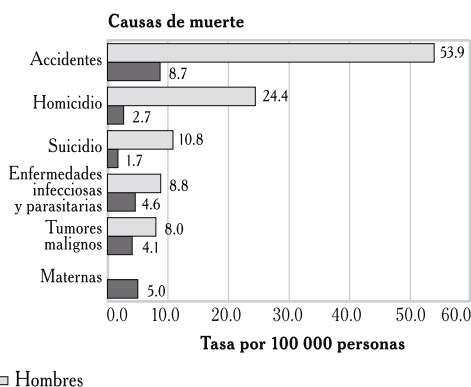
Tanto para la población de 15 a 19 años de edad como para la de 20 a 24 años de edad, la mortalidad materna ya ocupa un lugar muy relevante en las causas de muerte de nuestras jóvenes.

La evolución de la fecundidad de los adolescentes es otro tema que nos preocupa e interesa. La gráfica 26 muestra que se ha registrado un descenso muy importante de las tasas específicas de fecundidad del grupo de 15 a 19 años y del grupo de 20 a 24 años. En ambos casos se trata de un descenso

Gráfica 24. Tasas de mortalidad de la población de 15 a 19 años de edad por sexo según causa, 2002



Gráfica 25. Tasas de mortalidad de la población de 20 a 24 años de edad por sexo según causa, 2002



Fuente: Cálculos del Conapo con base en las defunciones de INEGI y Ssa, 2002.

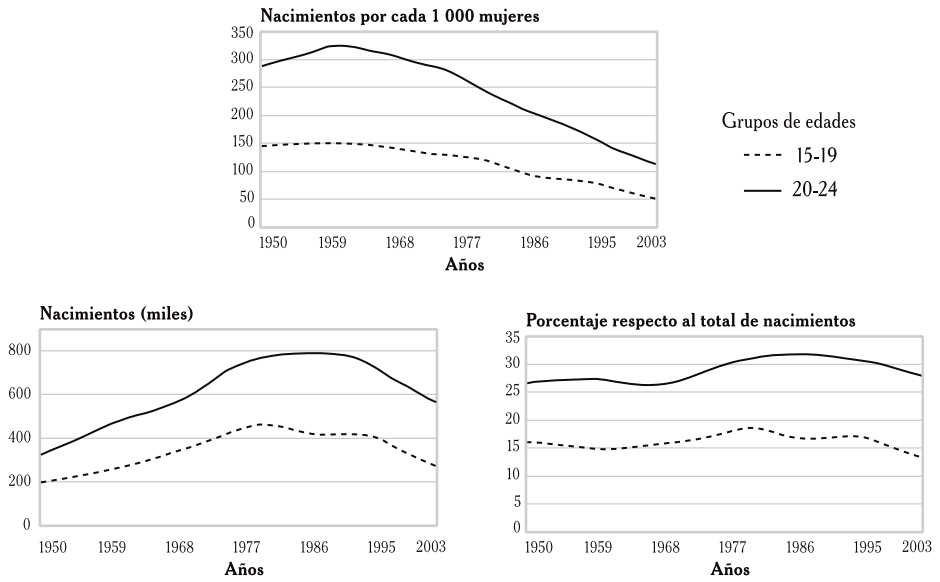
relevante, aunque no tan intenso como se ha mostrado en otros grupos de edades. De cualquier manera, las mexicanas de esas edades también han logrado planear en mucho mayor medida sus nacimientos y con eso han logrado reducir sus niveles de fecundidad.

El número de nacimientos sigue siendo muy importante: alrededor de 600 mil nacimientos de mujeres de 20 a 24 años de edad, y un poco menos de 300 mil nacimientos en el caso de las mujeres de 15 a 19 años de edad, en su mayoría madres adolescentes, número que es importante reducir sobre todo en este último caso (véase gráfica 27). Cada vez tiene mayor peso el porcentaje que representan los partos de las mujeres de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad. En realidad lo que ha pasado con la fecundidad es que se ha reducido mucho más en los grupos de edades avanzadas y se ha concentrado en las edades tempranas, entre los 15 y 29 años de edad. Entre los 15 y los 24 años de edad se concentra alrededor de 45 por ciento de los nacimientos del país (véase gráfica 28); o sea, es un grupo focal, un grupo central, para los programas dirigidos a disminuir la mortalidad materna, la mortalidad infantil, los programas que están dirigidos a mejorar la salud de madres e hijos y la salud materna.

En México ha habido toda una revolución demográfica que se ha expresado en el descenso de la fecundidad, en el uso generalizado de métodos anticonceptivos, y que se asocia también con una mayor participación de las mujeres en el trabajo y con cambios muy importantes en el ambiente familiar.

Sin embargo, algo que no ha cambiado, y acerca de lo cual parece que en México hemos hecho muy poco o nada, es la nupcialidad. De manera muy reciente empezamos a ver la postergación de la edad del matrimonio

*Gráficas 26, 27 y 28. Tasas específicas de fecundidad, 1950-2003 /
Número de nacimientos de mujeres de 15 a 24 años, 1950-2003 /
Porcentaje que representan los nacimientos de mujeres de 15 a 24 años
respecto al total de nacimientos, 1950-2003*



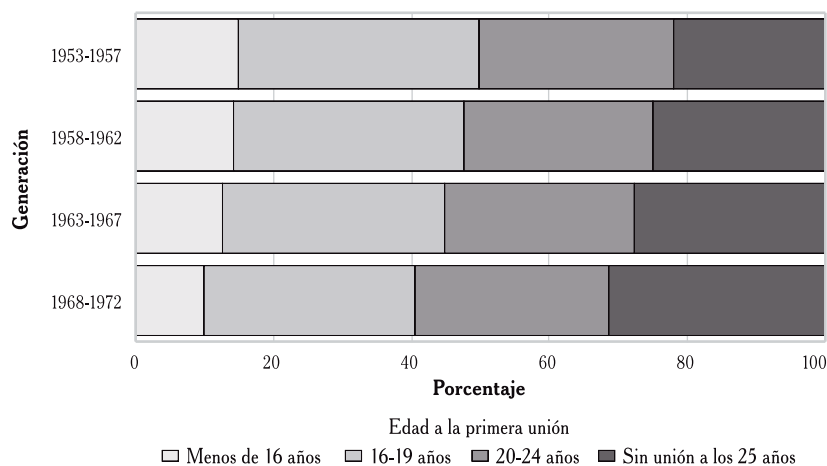
Fuente: Cálculos y proyecciones de población del Conapo, 2002.

(véase gráfica 29), que se había mantenido en edades muy tempranas. En México se encuentra actualmente alrededor de 21 años en promedio, lo cual nos ubica como un país de nupcialidad muy joven. Si la nupcialidad, si la unión, también es un evento que da cuenta del tránsito a la vida adulta, en México, las mujeres, por lo menos, terminan su moratoria social a los 21 años. Es una etapa muy temprana respecto a otros países, sobre todo los países desarrollados.

La gráfica 30 da cuenta de cuál es la proporción acumulada de mujeres nacidas en diferentes generaciones, que se encontraban unidas en primeras nupcias, y a qué edad. Alrededor de 60 por ciento de las mujeres de las generaciones anteriores estaban unidas antes de cumplir 21 años de edad; y 57-58 por ciento, en el caso de las mujeres de las generaciones más recientes.

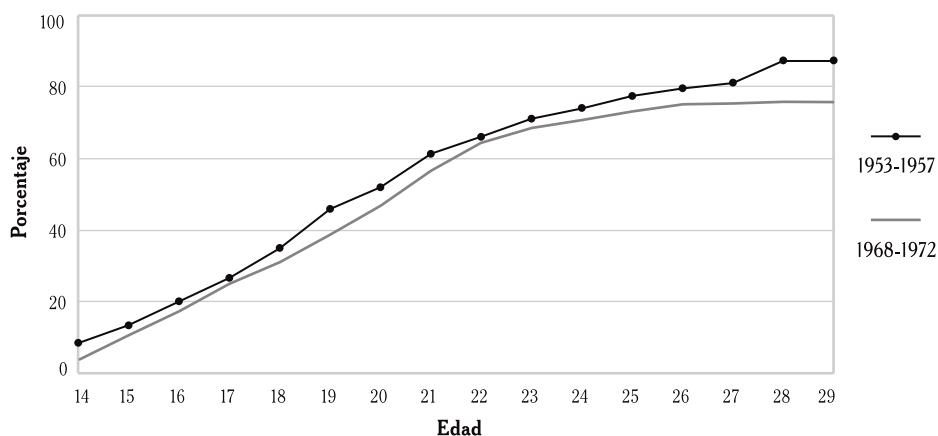
Otro fenómeno que tampoco ha cambiado mucho en México es la probabilidad de tener el primer hijo a edades tempranas, y sobre todo después de la unión. En México, una vez que se unen las parejas, alrededor de 13 meses después, en promedio, nace el primer hijo. Cuando esto se analiza por escolaridad, por área rural o urbana, por niveles de ingreso, etcétera, se nota que no hay cambio, que esto se presenta como un patrón en toda la sociedad y que es una cuestión cultural. La planeación del primer hijo parece ser un

Gráfica 29. Distribución porcentual de las mujeres según edad a la primera unión o matrimonio, por generación



Fuente: Cálculos del Conapo con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid), 1997.

Gráfica 30. Proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias según cada edad, 1997

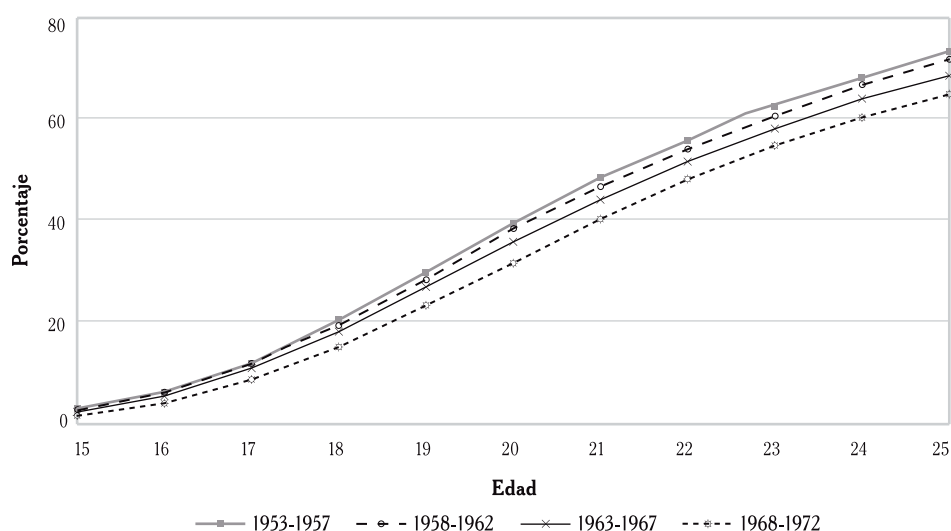


Fuente: Cálculos del Conapo con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid), 1997.

fenómeno todavía poco frecuente en nuestro país. No solamente se empieza la vida en pareja a edad muy joven, sino que además las parejas se convierten en padres a edades muy tempranas.

En la gráfica 31 podemos observar que ha habido un ligero descenso en la probabilidad acumulada de tener el primer hijo antes de ciertas edades. Antes de los 20 años, la probabilidad de tener el primer hijo es de alrededor de un poco más de una tercera parte: una de cada tres mujeres se embaraza o tiene su primer hijo antes de cumplir 20 años de edad. Estamos hablando de un fenómeno –maternidad y paternidad– que todavía ocurre a edades muy tempranas en nuestro país.

Gráfica 31. Probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a) antes de cumplir edades específicas, por generación



Fuente: Cálculos del Conapo con base en la Enadid, 1997.

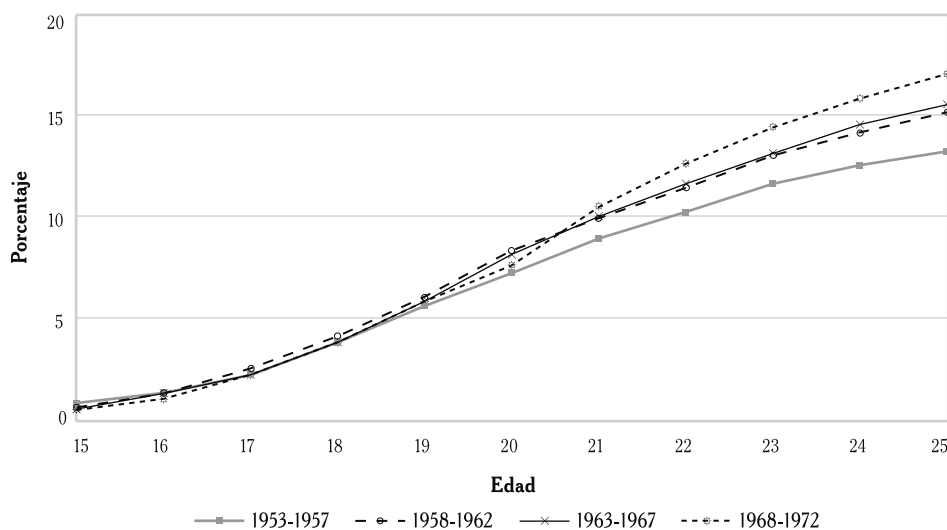
Si bien ha habido una ligera postergación de los matrimonios, sobre todo en años muy recientes (alrededor de un año, un año y medio, en la última década), también ha habido un incremento de la probabilidad de tener el primer embarazo antes del matrimonio. En la gráfica 32 podemos ver que en las generaciones que nacieron entre 1968 y 1972 alrededor de 17 por ciento de las mujeres tiene un embarazo premarital antes de cumplir 25 años de edad.

¿Cuál es el peso que tienen los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo antes de los 20 años de edad? ¿Qué porcentaje de los primeros embarazos de mujeres menores de 20 años fueron premaritales? Entre las generaciones más jóvenes ha aumentado de 18 a 24 por ciento. Estamos ante un fenómeno que presenta una tendencia hacia el incremento.

Las mujeres de 25 a 29 años de edad viven la etapa final de la juventud, que tiene mucho que ver con su fecundidad, su situación reproductiva, con la

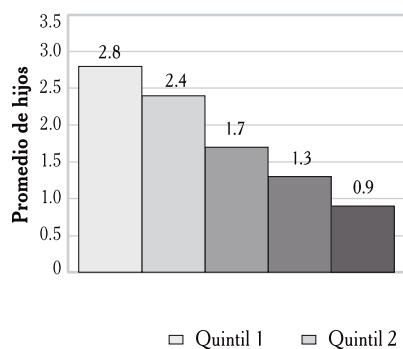
trayectoria que siguió su vida sexual y su vida reproductiva. Las mujeres más pobres del país llegan a esa edad con casi tres hijos, en promedio, mientras que las mujeres con los mayores niveles de ingreso del país llegan a esa edad con menos de un hijo en promedio (véase gráfica 33).

Gráfica 32. Probabilidad acumulada de tener un embarazo premarital antes de cumplir edades específicas, por generación

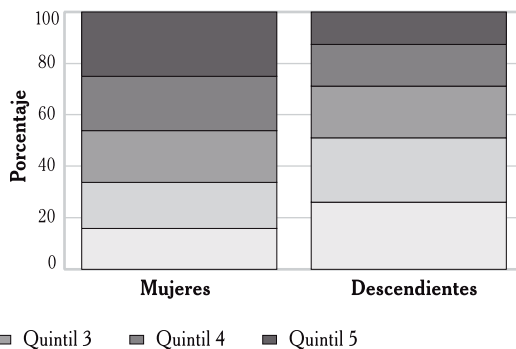


Fuente: Cálculos del Conapo con base en la Enadid, 1997.

Gráfica 33. Promedio de hijos vivos de las mujeres de 25 a 29 años de edad según quintil de ingreso per capita del hogar



Gráfica 34. Distribución porcentual de las mujeres de 25 a 29 años de edad y sus descendientes según quintil de ingreso per capita del hogar



Fuente: Cálculos del Conapo con base en la Enadid, 1997.

En ese momento, en esa etapa de la vida, se construyen las oportunidades que estos jóvenes aprovecharán en función de sus decisiones sociodemográficas.

La gráfica 34 muestra cómo se concentran los nacimientos y los hijos en ciertos grupos de ingreso. Entre las mujeres de 25 a 29 años de edad, las de menores ingresos, que son casi 38 por ciento del total, concentran más de la mitad de todos los partos de las mujeres de esta edad.

Otro aspecto que tiene mucha importancia es la transición a la vida sexual activa. En este renglón también ha habido un cambio importante entre 1995 y 2000, en la edad en que las mujeres inician su vida sexual. Entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, 20 por ciento eran sexualmente activas según una encuesta nacional de hogares en 1995; en 2000, 25 por ciento de las mujeres lo era. Para el grupo de 20 a 24 años este cambio se da de 58 a 76 por ciento, o sea, ahora la sexualidad se vive con mucha mayor frecuencia entre nuestras mujeres jóvenes que en tiempos pasados. Las mujeres que han sido sexualmente activas a estas edades muestran también un cambio en cuanto a la edad en la que tienen su primera relación sexual. Las mujeres de 15 a 19 años en 1995 habían iniciado a los 17.2 años, en promedio, su vida sexual activa, y en 2000 registramos que la habían tenido a los 15.9 años.

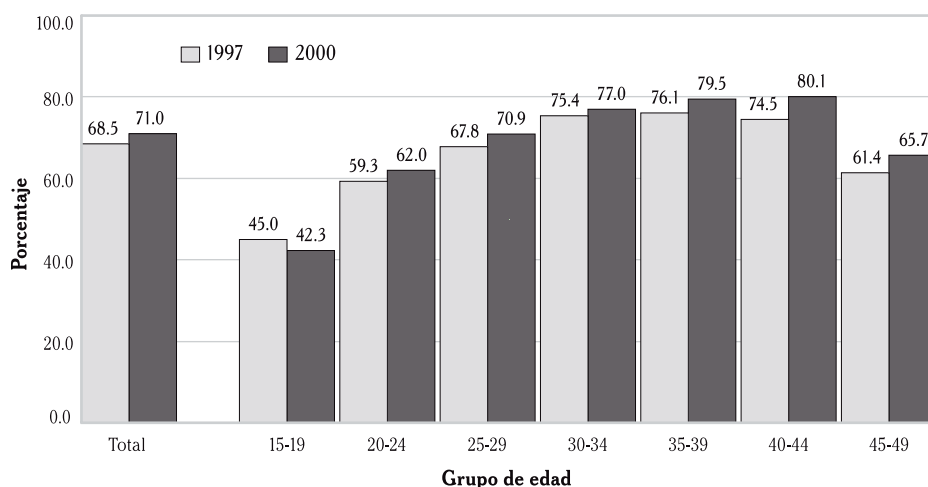
En el caso de las mujeres de 15 a 19 años que declararon ser sexualmente activas, llama la atención la disminución en la proporción de mujeres casadas o unidas: en 1995, alrededor de 77 por ciento se encontraba unida o casada al momento de la entrevista; en 2000, 59 por ciento. Esto da cuenta de que la sexualidad se está viviendo de una manera más libre que antes, menos vinculada con el matrimonio; inicia a edad más temprana, y en ese sentido es que debemos garantizar que estas jóvenes, estas adolescentes, cuenten con información adecuada y necesaria, para poder vivir su sexualidad de una manera sana, sin riesgos de enfermedades, sin riesgos de embarazos no planeados.

Llama la atención que en el año 2000 solamente 19.8 por ciento de ellas hicieron algo para prevenir un embarazo o evitar una enfermedad durante su primera relación sexual. A pesar de ello, el dato es muy alentador: pues el porcentaje en 1995 era de sólo 11 por ciento. Aun con información sobre medios de regulación de la fecundidad, sobre medios preventivos, nuestros adolescentes no los usan para protegerse en su vida sexual.

Aparentemente, en los últimos años en México no se ha logrado incrementar el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres jóvenes unidas. El uso de dichos métodos entre las mujeres de 15 a 19 años y de 20 a 24 años de edad prácticamente no presenta ninguna diferencia entre 1997 y 2000, incluso hay cierto descenso en el caso del grupo de 15 a 19 años de edad (véase gráfica 35). Esto es contrario a la tendencia previa, que mostraba un ligero incremento en este indicador y que, en los últimos años, se ha estancado. Tenemos que revisar nuestros programas de salud reproductiva dirigidos a la

población adolescente, porque de alguna manera no están generando en todos los ámbitos, en todos los sentidos, un cambio positivo en los indicadores.

Gráfica 35. Porcentaje de mujeres unidas o casadas en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos, 1997 y 2000

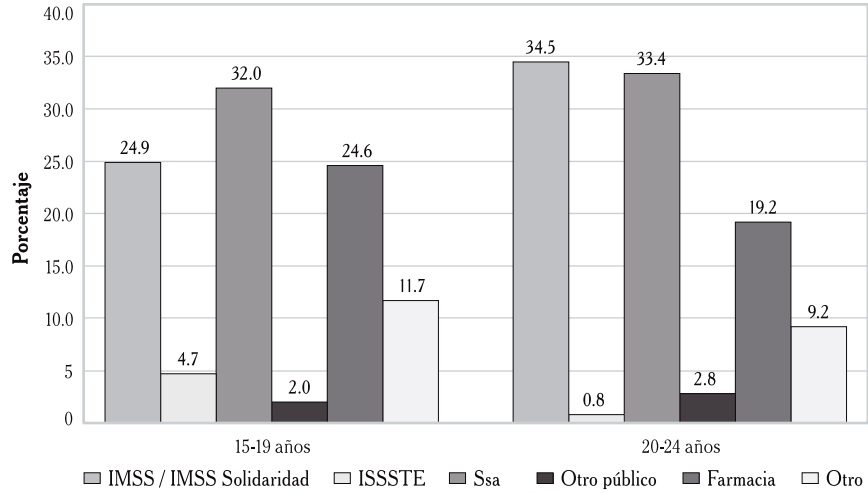


Fuente: Cálculos del Conapo con base en la Enadid, 1997; Encuesta Nacional de Salud (Ensa), 2000.

¿A dónde se dirigen los jóvenes a buscar la información o los métodos anticonceptivos que utilizan? Las mujeres de 20 a 24 años de edad acuden principalmente al Seguro Social y a la Secretaría de Salud (entre ambas instituciones atienden a casi 68 por ciento de la población); las farmacias atienden a 19 por ciento de esta población, junto con otro grupo de prestadores de servicios como los del sector privado y organizaciones de la sociedad civil u otro tipo de iniciativas (véase gráfica 36).

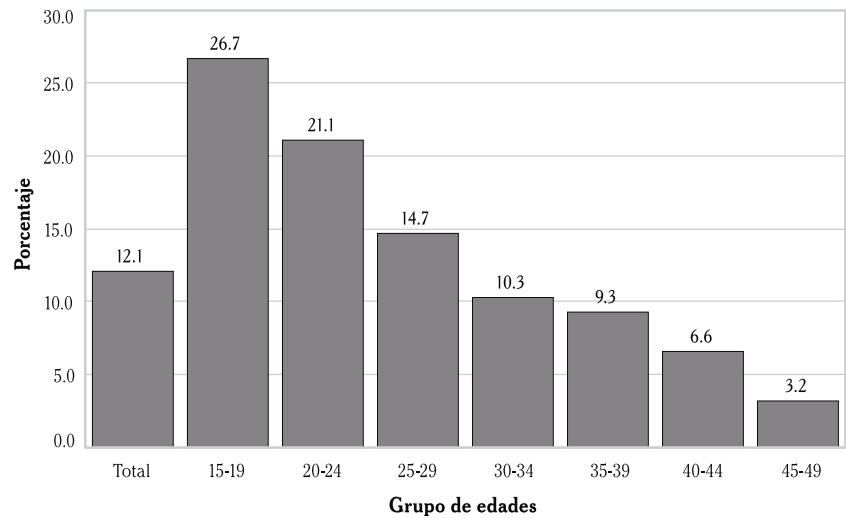
La gráfica 37 da cuenta de la demanda insatisfecha de planificación familiar, mediante métodos anticonceptivos, de las mujeres en edad fértil. El grupo de 15 a 19 años de edad y el de 20 a 24 son los dos grupos que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Este indicador se construye preguntando a las mujeres cuáles son sus planes, sus intenciones, para espaciar o limitar su fecundidad y si, a pesar de su deseo expreso de limitar o espaciar su fecundidad, hacen o no uso de métodos anticonceptivos. Al respecto, encontramos que la situación más desfavorable, incluso si la comparamos con la de las mujeres indígenas, con las mujeres de menores niveles de escolaridad, con las mujeres rurales, la presentan las mujeres adolescentes, quienes muestran los niveles más altos de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. En situación muy similar a la de

Gráfica 36. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, usuarias de anticonceptivos modernos, por lugar de obtención, según grupo de edades, 2000



Fuente: Cálculos y proyecciones de población del Conapo con base en la Encuesta Nacional de Salud, 2000.

Gráfica 37. Demanda insatisfecha de planificación familiar de las mujeres en edad fértil unidas, según grupo de edades, 1997

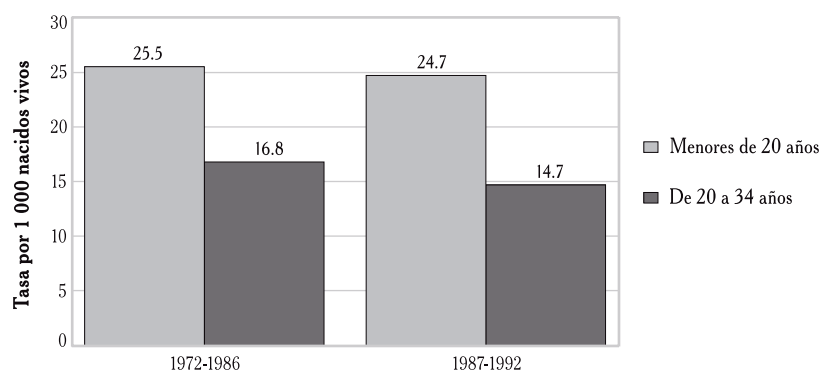


Fuente: Cálculos del Conapo con base en la Enadid, 1997.

las mujeres de las áreas rurales se encuentran las mujeres jóvenes de 20 a 24 años de edad.

El nacimiento temprano o el embarazo temprano tiene que ver con la mortalidad neonatal y con la mortalidad materna. Algunos cálculos hechos en el Conapo dan cuenta de que la mortalidad neonatal es mucho mayor entre las mujeres menores de 20 años que en las mujeres de 20 a 34 años de edad (véase gráfica 38).

Gráfica 38. Tasas de mortalidad neonatal del primer nacimiento según edad de la madre, 1976-1992



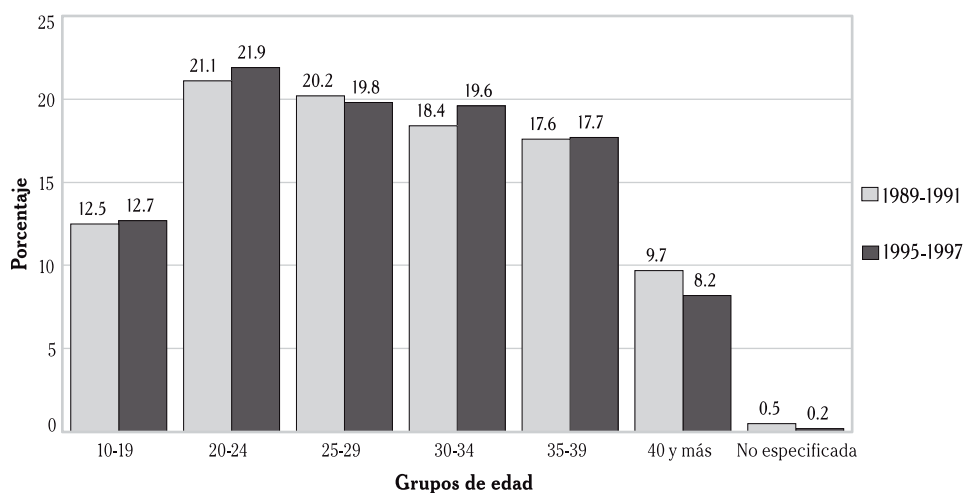
Fuentes: 1977-1986: J.L. Bobadilla, "Family Formation Patterns and Child Mortality in Mexico", en The Population Council-DHS / Institute for Resources Development-MacroSystems Inc., *Demographic and Health Services Further Analyses Series*, núm. 5, Nueva York, 1990; 1987-1992: B. Zubieta y R. Aparicio, "Efecto de los patrones reproductivos en la mortalidad infantil", en Hiram Héctor Hernández Bringas y Catherine Menkes (coords.), *La población de México al final del siglo XX*, Somede / CRIM-UNAM, Cuernavaca, 1999.

Igual ocurre con las muertes maternas: 22 por ciento de las muertes maternas sucede a mujeres de 20 a 24 años de edad; 13 por ciento de las muertes maternas se concentra en las mujeres de hasta 19 años de edad (véase gráfica 39). Lo anterior es otro factor relevante para seguir insistiendo en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de nuestros jóvenes.

En atención prenatal, las mujeres jóvenes tienen un acercamiento a los servicios de salud de casi 90 por ciento: casi 92 por ciento en el caso de las mujeres de 20 a 24 años, y 88 por ciento en el caso de las mujeres de 15 a 19 años (véase gráfica 40).

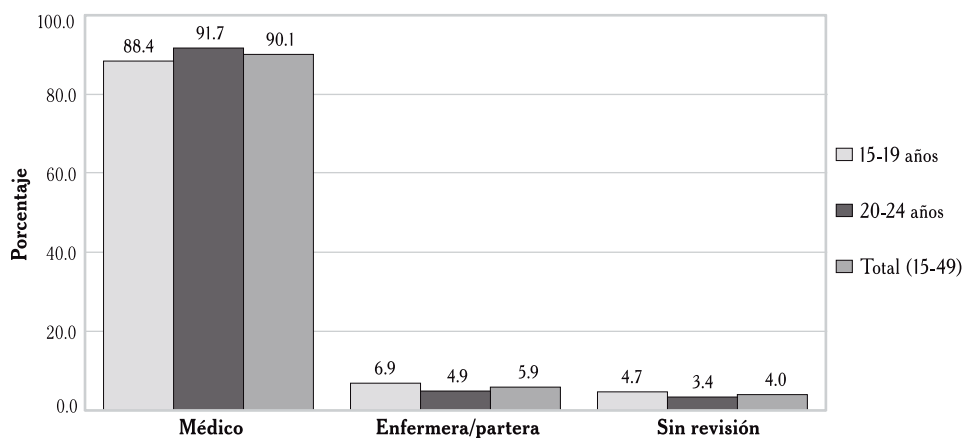
El aborto es una situación que también afecta de manera importante. Las mujeres en edad fértil, alguna vez embarazadas, que han presentado al menos un aborto, en los grupos de 15 a 19 y de 20 a 24 años, presentan los menores porcentajes. Sin embargo, ya mencionamos porcentajes muy

Gráfica 39. Distribución porcentual de las muertes maternas por grupo de edades, 1989-1991 y 1995-1997



Fuente: Cálculos del Conapo a partir de las bases de defunciones.

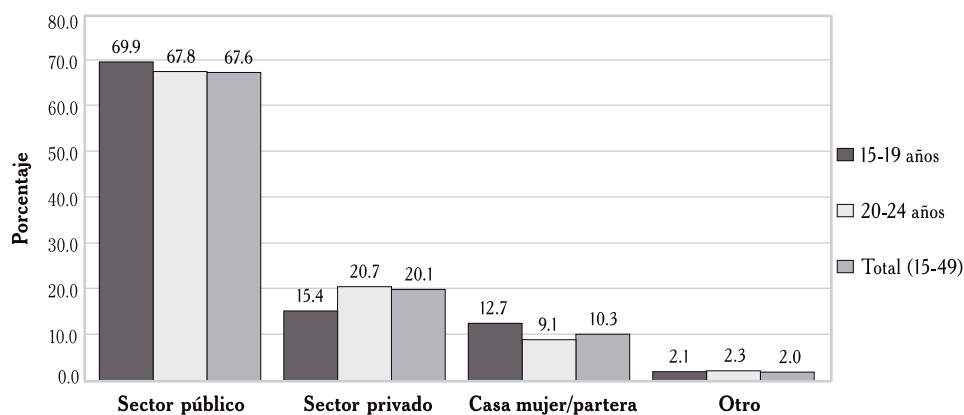
Gráfica 40. Atención prenatal por tipo de agente según grupo de edades de la mujer



Fuente: Cálculos y proyecciones del Conapo con base en la Encuesta Nacional de Salud, 2000.

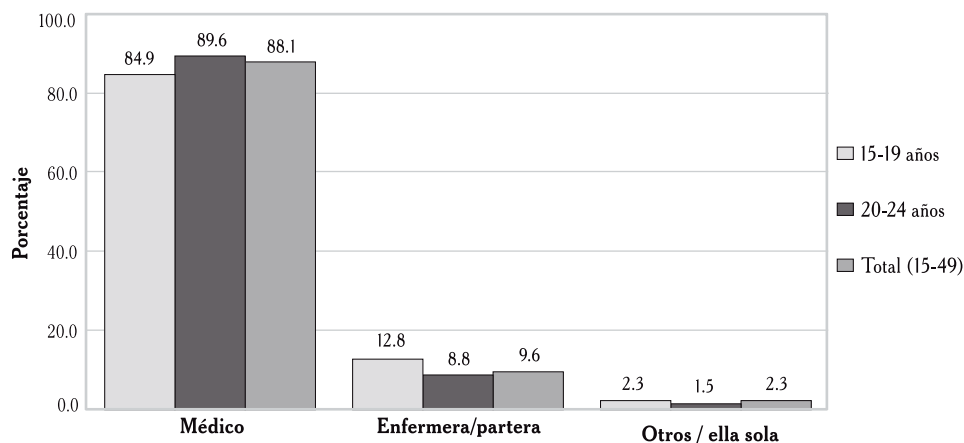
relevantes: en el caso de las mujeres de 15 a 19 años, 17 por ciento, y, en el grupo de 20 a 24, 13 por ciento. Probablemente para el caso de mujeres de 15 a 19 años tendríamos que confirmar los resultados de esta encuesta con los resultados de otros estudios (véase gráfica 43).

Gráfica 41. Distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por lugar de atención del parto, según grupo de edades de la mujer, 2000



Fuente: Cálculos y proyecciones del Conapo con base en la Encuesta Nacional de Salud, 2000.

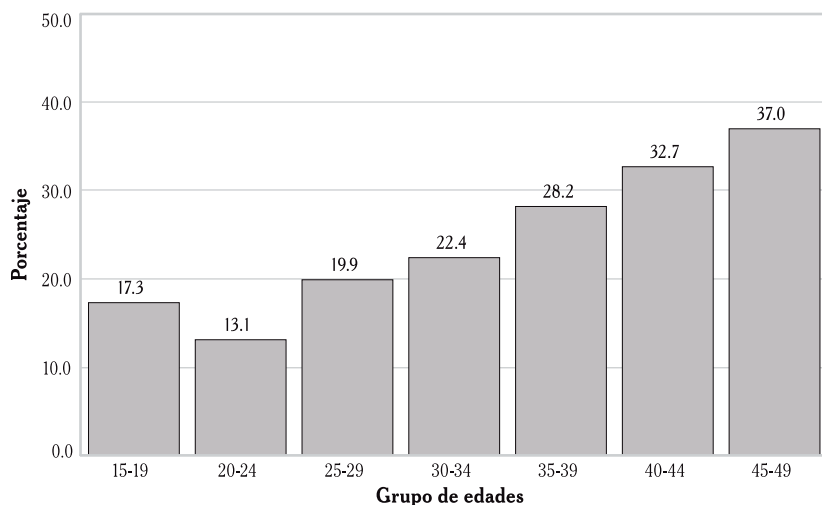
Gráfica 42. Atención del parto por tipo de agente según grupo de edades de la mujer, 2000



Fuente: Cálculos y proyecciones del Conapo con base en la Encuesta Nacional de Salud, 2000.

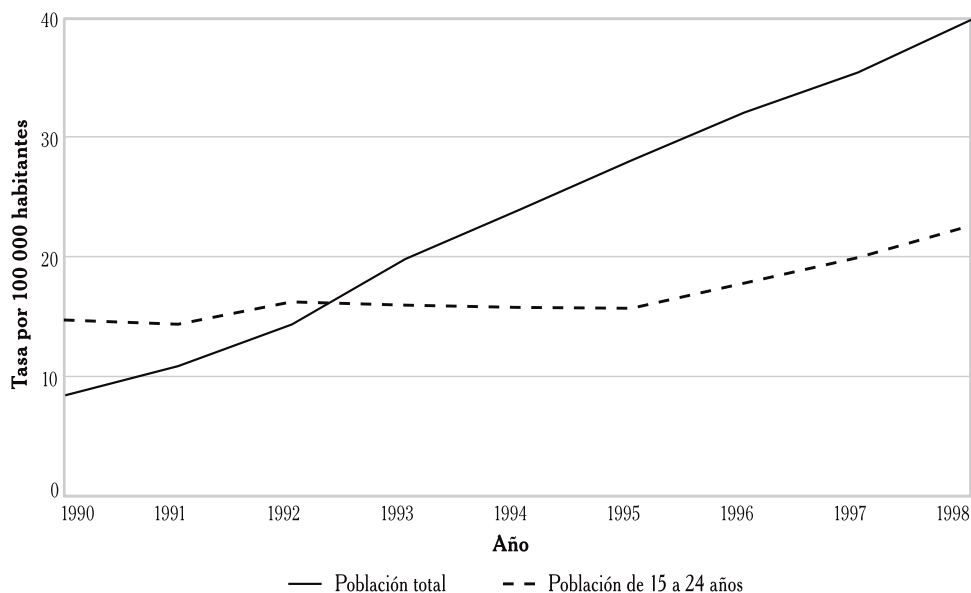
Sobre su situación respecto a las enfermedades de transmisión sexual y el sida: el porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 19 años de edad que no conocen alguna forma de prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH-sida, aún es muy elevado: 33 por ciento en el caso de los hombres y 43 por ciento en el caso de las mujeres. O sea, parte de nuestro trabajo,

Gráfica 43. Porcentaje de mujeres en edad fértil alguna vez embarazadas, con al menos un aborto, por grupo de edades, 2000



Fuente: Cálculos y proyecciones del Conapo con base en la Encuesta Nacional de Salud, 2000.

Gráfica 44. Tasa de incidencia acumulada de sida en la población de 15 a 24 años y población total, 1990-1998



Fuente: Cálculos del Conapo con base en Ssa/DGE (Dirección General de Epidemiología), Morbilidad Compendios y Anuarios, 1990-1998.

de nuestro quehacer, es elevar su conocimiento y comprensión de su propia sexualidad, de sus riesgos y de cómo prevenir daños a su salud.

Finalmente, en la gráfica 44 se muestra la tasa de incidencia acumulada de sida hasta el periodo 1990-1998. Es evidente cómo éste, sobre todo a partir de 1995, presenta una ligera pero considerable tendencia de incremento en la población de 15 a 19 años de edad, todo lo cual nos plantea retos muy importantes.

Estado actual de la anticoncepción de emergencia en México

Raffaella Schiavon

117

La anticoncepción de emergencia es un tema que sigue siendo bastante polémico, controvertido, pero es muy importante que lo difundamos al público en general y lo incorporemos en las políticas públicas.

Antecedentes

Para comenzar, daré algunos antecedentes del proceso de incorporación de este método anticonceptivo a la nueva norma oficial mexicana “De los Servicios de Planificación Familiar” (NOM-005-SSA2-1993), que creo lo ha hecho aún más famoso de lo que ya era.

La norma oficial mexicana “De los Servicios de Planificación Familiar”, en su primera versión, fue redactada en 1993 y se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* en mayo de 1994. En su momento fue una norma realmente ejemplar para el mundo. Hay que aclarar que la Ley Federal de Metrología y Normalización de 1992 establece que todas las normas tienen que ser actualizadas cada cinco años. Por este motivo, desde 1998 se inició el proceso de actualización de esta norma. Entre 1998 y 2003 se llevaron a cabo varias reuniones de un comité de expertos, en las cuales participaron 18 instituciones gubernamentales, dos organizaciones internacionales y siete organizaciones de la sociedad civil.

En junio de 1999, el proyecto de actualización fue sometido al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, y éste lo aprobó el 19 de diciembre de 2002. A lo largo de 2003 se realizaron diferentes consultas jurídicas para que la norma cumpliera con todos los requisitos y procedimientos legales que se requieren, y finalmente se publicó el 21 de enero de 2004 en el *Diario Oficial de la Federación*.

Directora general
adjunta del Centro
Nacional de Equidad
de Género y Salud
Reproductiva.

Principios ético-jurídicos

¿Cuáles son los principios ético-jurídicos en los cuales se basa la norma en general, una norma de planificación familiar que toca temas éticamente delicados? Responde por supuesto a necesidades de salud pública. Se basa en información y evidencia científicas. Respeta, incluye, considera, el derecho a la protección de la salud, el derecho a la información, el derecho a la calidad adecuada en los servicios de salud, el derecho a gozar el beneficio de los avances científicos, el respeto a la persona –con base en los principios de autonomía, confidencialidad y no discriminación– y, por supuesto, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

Campo de aplicación y aspectos innovadores

La norma establece una observancia nacional obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público y privado del país; y enumera los requisitos para la organización, la prestación de los servicios y el desarrollo de todas las actividades que los constituyen.

Gran parte de la atención de los medios se ha concentrado en la inclusión de la anticoncepción de emergencia en esta modificación de la norma. Sin embargo, la norma presenta varios aspectos innovadores que quisiera subrayar:

Un aspecto técnico importante de la actualización es que incorpora los *criterios de elegibilidad médica* para la selección de los métodos anticonceptivos en las diferentes situaciones de las usuarias o usuarios.

Enfatiza el fortalecimiento de las acciones en el respeto de la libre decisión, del consentimiento informado. Una gran parte de la norma revisa y actualiza los conceptos del consentimiento informado y del respeto de la libre decisión. Es otro aspecto muy importante, aunque no totalmente innovador, porque ya estaba contemplado en la norma anterior.

Es una norma incluyente, porque considera desde los métodos naturales hasta los nuevos métodos anticonceptivos, y aquí se incluye la anticoncepción poscoital (la anticoncepción de emergencia), el implante subdérmico único y el condón femenino, que no estaban considerados en la versión anterior.

Criterios de elegibilidad médica

En relación con los *criterios de elegibilidad médica*, con base en el principio de que éstos deben estar sustentados en evidencia científica, la norma se acota a los criterios de elegibilidad publicados por la Organización Mundial de la Salud (recientemente acaba de salir una tercera edición revisada). Este trabajo

define cuatro categorías. En una primera categoría no hay ninguna contraindicación para un determinado método para ninguna condición fisiológica o patológica de las mujeres. Es decir, cualquier mujer puede utilizar un determinado método en esa situación. En la cuarta categoría, el uso del método representa un riesgo inaceptable para la salud, en una condición determinada.

Criterios de elegibilidad

Categoría 1. No hay restricción para el uso del método

Categoría 2. Las ventajas del uso del método generalmente sobrepasan los riesgos (teóricos o demostrados)

Categoría 3. Los riesgos generalmente sobrepasan las ventajas; el método puede ser usado con las debidas precauciones

Categoría 4. El uso del método en esa condición representa un riesgo inaceptable para la salud

Estas categorías sustituyen los conceptos anteriores de la norma (contraindicación absoluta, contraindicación relativa y precaución).

Incorporación de la anticoncepción de emergencia en la NOM-005

¿Cuáles son las características de la inclusión de la anticoncepción de emergencia en esta nueva norma? ¿Por qué se incluyó?

La norma anterior ya contenía la indicación del uso de dosis de concentrado de hormonales orales en caso de olvido de otros métodos, en caso de olvido de las pastillas.

La evidencia científica demuestra que es un método seguro (en los efectos sobre la salud de la usuaria), es un método efectivo (en su capacidad de prevenir un embarazo) y no es un método abortivo.

Los estudios científicos más recientes han aportado un conocimiento –diría yo, incontrovertible– sobre el mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia, que no interfiere en la implantación. De hecho, México esperó la confirmación de los resultados de estos estudios antes de decidir incorporar la anticoncepción de emergencia en la norma.

Además, en dicha norma los únicos métodos de anticoncepción de emergencia incluidos son los orales, las pastillas. No se incluyen otros

métodos que pudieran haber generado polémica respecto a su mecanismo de acción.

Incorporación de la anticoncepción de emergencia, ¿una necesidad?

Uno podría preguntarse si era necesario incluir este método controvertido al abanico de métodos anticonceptivos de la norma, que ya son muchos: los hormonales (en forma de pastillas, de inyecciones, de implantes), el dispositivo intrauterino, los métodos tradicionales, los métodos de barrera (masculino y femenino), los métodos definitivos, etcétera. Sin embargo, hay que reflexionar que no todos estos métodos están indicados en todas las mujeres, que no todos los métodos son perfectos y que no todos los coitos son voluntarios.

La anticoncepción de emergencia introduce la posibilidad de prevenir un embarazo no deseado no sólo si se usa antes o durante el coito, como es el caso de todos los demás métodos anticonceptivos, sino cuando se utiliza incluso unas horas, unos días, después de la relación sexual, y es el único método que nos da esta última oportunidad.

Anticoncepción de emergencia: el consenso internacional

Existe un amplio consenso internacional que respalda no sólo el uso de la anticoncepción de emergencia, sino el hecho de incluirla en los programas nacionales, el hacerla asequible a todos los sectores de la población.

Yo diría que la historia reciente de la anticoncepción de emergencia empieza en 1995, después de una reunión de un grupo de consenso, en la cual participaron varios expertos, el Consenso de Bellagio. A partir de entonces se produjo una reacción en cadena: varios organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud, la FDA (la Food and Drug Administration, de los Estados Unidos), los organismos de cooperación internacional (como la USAID), los organismos de Naciones Unidas (el Unfpa [Fondo de Población de las Naciones Unidas], el Unicef [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia], la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos), el Banco Mundial, insisten en la necesidad de que este método anticonceptivo se incorpore en los programas de la materia. Y, por supuesto, un sinnúmero de organizaciones académicas internacionales respaldan la anticoncepción de emergencia: la Asociación Médica Americana, la Asociación de Mujeres Médicas Americanas, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia,

los colegios nacionales latinoamericanos de ginecología y obstetricia, entre otros, apoyan la incorporación de este método en los programas nacionales.

Información médica sobre la anticoncepción de emergencia

Aun cuando éste no es un foro médico, creo que la información médica sobre las píldoras de la anticoncepción de emergencia es muy importante: qué tipo de pastillas, qué regímenes hormonales se pueden utilizar; qué elementos deben considerarse cuando se da información sobre este método, elementos puntuales sobre investigaciones muy recientes; y el tema más debatido y controvertido: el mecanismo de acción.

Regímenes hormonales. Los regímenes hormonales básicamente son dos. El primero, que se conoce como régimen de Yuzpe, es un régimen que utiliza dos tipos de hormonas: estrógenos y progestinas. El segundo régimen utiliza sólo progestinas. Ninguno de esos regímenes es nuevo, han sido estudiados desde hace más de cuarenta años.

Forma de administración. Para ambos regímenes la forma de administración es en dos dosis divididas: la primera tiene que administrarse dentro de las primeras 72 horas (tres días) después del coito, y la segunda se repite doce horas después de la primera dosis. Ésta es la indicación estándar, la forma de administración estándar; después mencionaré cuáles son las novedades de la investigación y cómo se puede modificar este régimen de administración.

Si se opta por el régimen combinado se tendrá que recurrir a las pastillas anticonceptivas normales, comunes y corrientes, recortando las pastillas que se utilizan en la anticoncepción hormonal oral conocidas por todos. Podemos utilizar pastillas de dosis altas como las de Ovral, Eugynon, Neogynon, Nordiol, y en ese caso se administran dos más dos tabletas; o podemos recurrir a las pastillas de Microgynon, Nordette, Lo-Femenal, y en ese caso se utilizan cuatro más cuatro, así de sencillo. Se pueden utilizar cualquiera de estos productos, pero sólo estos productos. Esto es muy importante, porque sabemos que, en nuestro país y en toda la región, muchos médicos y muchas usuarias recurren a recetas caseras, a otro tipo de anticonceptivos, a formulaciones inyectables, que no están indicadas para este uso.

Estudio comparativo: régimen de Yuzpe vs. Levonorgestrel. En 1998 la OMS publicó un estudio multicéntrico comparativo del régimen de Yuzpe frente al régimen de progestina sola. Participaron varios países, y los resultados, que fueron publicados en una revista de gran prestigio, *The Lancet*, demostraron que el régimen de progestina sola era un poco más efectivo que el régimen combinado (Yuzpe) y producía menores efectos colaterales. Para ambos regímenes, la efectividad depende del tiempo de la toma, del tiempo de administración.

Con base en estos resultados se empezaron a registrar los llamados productos dedicados de progestinas solas. Estos productos simplifican mucho la toma porque ésta se realiza con dos tabletas: la primera se ingiere dentro de las 72 horas posteriores al coito, y la segunda, doce horas después de la primera dosis. Evidentemente esto simplifica mucho las indicaciones, la incorporación a los programas, sobre todo porque, si no tuviéramos acceso a estos productos dedicados, deberíamos recurrir a las minipíldoras, como el Microlut. Éstas son poco conocidas, y es tan pequeña la dosis que si se quisiera utilizarlas como anticoncepción de emergencia se debería tomar 25 más 25 tabletas. Evidentemente no es una opción que se pueda incorporar a los programas, habiendo mejores opciones en términos de seguridad y de efectividad.

Consejería médica

Los elementos técnicos de la consejería, aquellos que tenemos que informar a nuestras usuarias, incluyen las indicaciones del método, es decir: cuándo usarlo; sus efectos colaterales; alguna información respecto al patrón de sangrado subsiguiente; aspectos de seguridad, es decir, efectos sobre la salud relativos a un eventual producto, en caso de falla, y a la salud de la mujer a largo plazo; la información sobre la efectividad; y los temas más controvertidos del método: el uso repetido y el mecanismo de acción.

Las indicaciones. Cualquier relación sexual no protegida, pero también todas las relaciones sexuales en las que se usó un método y el método falló o se usó en forma incorrecta. Aquí incluyo todos los métodos, el ejemplo clásico es la ruptura del condón o el olvido de las pastillas, pero recordemos que ningún método es perfecto, todos los métodos fallan, incluyendo la abstinencia, y existe este método de respaldo como última trinchera anticonceptiva.

Todas las veces que se presenta un embarazo no deseado sabemos que existe el riesgo de un aborto inducido. Esto sucede con variantes, con diferencias, dependiendo de los países y de los contextos, pero sabemos que por lo menos la mitad de los embarazos no deseados pueden terminar en un aborto, que en la mayor parte de nuestros países es un aborto inseguro.

Los efectos colaterales y su manejo. Se ha hablado mucho de que este método es una *bomba* hormonal que causa efectos colaterales graves en la salud de la mujer, y eso no es cierto. Consiste en una dosis concentrada, pero no pasa de la tercera parte de una cajita anticonceptiva de rutina, en el mejor de los casos. Produce, por supuesto, efectos colaterales normales típicos de los hormonales orales: náusea, vómito, dolores de cabeza, molestia en los senos, etcétera. Son efectos frecuentes pero autolimitados, porque sólo se administra una dosis aguda. También son efectos que se pueden prevenir,

algunos de ellos mediante la toma de un antiemético (medicamento contra el vómito), o se pueden evitar o limitar con la administración vaginal.

Se ha visto que estos efectos colaterales son significativamente menos frecuentes para el régimen de progestina sola (L-Norgestrel o Levonorgestrel) que para el régimen combinado. En especial, el vómito se presenta sólo en cinco por ciento de los casos de todas las mujeres que lo toman, comparado con casi 20 por ciento de las mujeres que toman el régimen combinado.

Seguridad. Otro aspecto controvertido y mal manejado, o utilizado, diría yo, como una forma disuasiva, contra el uso de este método, es el relativo a la seguridad respecto a la salud de la mujer, sobre todo a largo plazo. En esta campaña en medios que experimentamos a principios de año, oímos todos los efectos posibles e imaginables sobre la salud: desde que causa cáncer hasta que induce intolerancia a lentes de contacto.

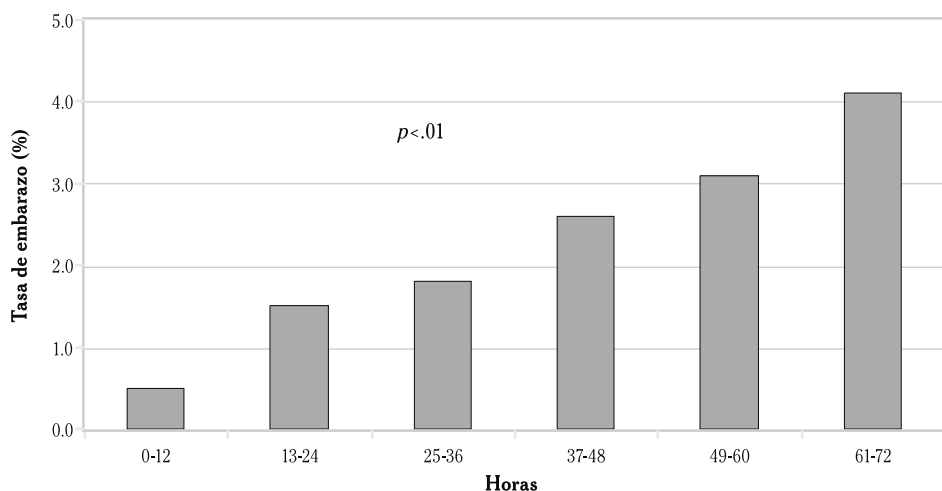
La anticoncepción de emergencia de acuerdo con los *criterios de elegibilidad médica* de la OMS no tiene ninguna contraindicación, ni absoluta ni relativa, es decir, no tiene categoría 4 ni 3 para ninguna mujer; quiere decir que cualquier mujer, incluso mujeres que tienen patologías graves, puede utilizarla en forma ocasional. La OMS revisa toda la bibliografía existente, toda la literatura publicada, los estudios, los registros de efectos colaterales en países donde se utiliza la anticoncepción de emergencia. Inglaterra es un país donde el régimen de Yuzpe está registrado desde 1984, y este país tiene un sistema de registro muy riguroso de efectos colaterales de medicamentos: no hay ninguna muerte y tampoco un efecto colateral grave asociado al uso de anticoncepción de emergencia. Por eso la OMS dice que es un medicamento seguro, sin contraindicaciones. Tampoco hay registro de efectos malformativos sobre el producto. Es decir, si la anticoncepción de emergencia llegara a fallar, la Organización Mundial de la Salud afirma que no hay evidencia de efecto teratogénico.

De manera muy sencilla, podemos decir que la anticoncepción de emergencia previene tres de cada cuatro embarazos

Efectividad. Otro elemento importante que tenemos que conocer es la información respecto a la efectividad anticonceptiva del producto. Sabemos que la anticoncepción de emergencia previene entre 75 y 85 por ciento de los posibles embarazos, dependiendo de la toma y del tipo de régimen utilizado. Si 100 mujeres tuvieran relaciones sexuales entre la segunda y la tercera semana del ciclo, se embarazarían ocho; si utilizaran anticoncepción de emergencia se embarazarían una o dos, lo que corresponde a 75-85 por ciento de efectividad, es decir, de embarazos prevenidos. De manera muy sencilla, podemos decir que la anticoncepción de emergencia previene tres de cada cuatro embarazos. Es una buena efectividad, pero no es excelente.

¿De qué depende la efectividad? El elemento más importante es el tiempo. En la gráfica 1 se puede observar representados los porcentajes de embarazos que se dan por cada cien mujeres que utilizan anticoncepción de emergencia dentro de las primeras 12 horas, entre las 12 y las 24, etcétera, hasta llegar a las 72 horas. Es muy claro que aumentan los embarazos, las fallas, conforme pasa el tiempo de la toma.

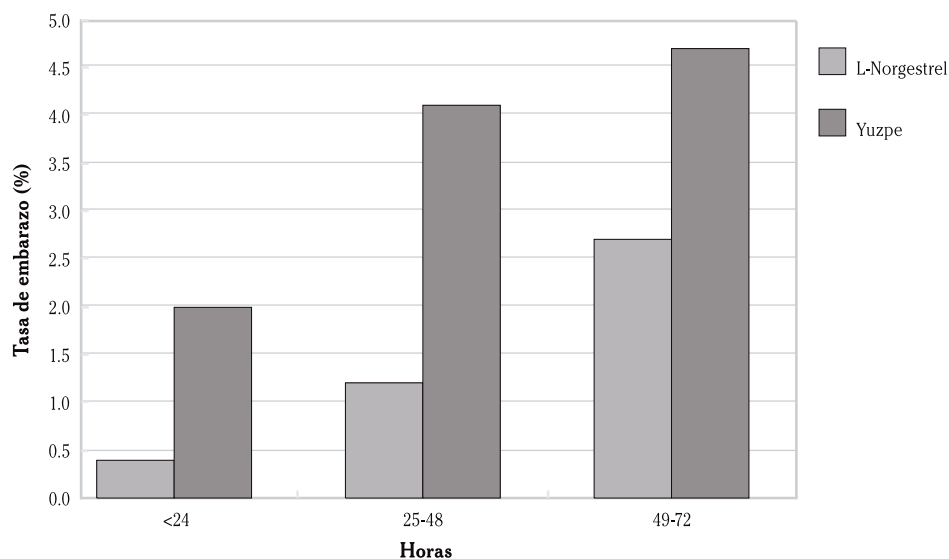
Gráfica 1. Ventana de intervención



Fuente: OMS, *The Lancet*, 1998.

Por eso decimos que el factor tiempo es el factor más importante que determina la efectividad anticonceptiva. Hay que conocer este método antes de llegar a necesitarlo; 72 horas son muy pocas en casos de emergencia.

Otra investigación grande, colaborativa, que la OMS realizó y publicó en 2002, en la revista *The Lancet*, tiene implicaciones importantes para las tomas. En ella, la OMS estudia el L-Norgestrel, la progestina sola, tomada con la indicación estándar, una dentro de las primeras 72 horas más otra 12 horas después, y la compara con una dosis única, las dos tabletas juntas, y además estudia la efectividad a lo largo de cinco días de toma. El resultado es que las dos tabletas tomadas juntas son igual de efectivas que las tomas separadas. Esto simplifica aún más las indicaciones y también encuentra que la efectividad persiste hasta el término de 120 horas, pero, de acuerdo con lo que vimos antes: entre más pronto se ingieran, mejor; la efectividad disminuye con el tiempo. Cuando el L-Norgestrel se toma dentro de los primeros tres días, la indicación estándar tiene una efectividad de 84 por ciento. Esta efectividad disminuye a 63 por ciento cuando se toma entre el cuarto y quinto día.

Gráfica 2. Ventana de intervención
Yuzpe frente a L-NorgestrelFuente: OMS, *The Lancet*, 1998.

125

¿Qué implican estos resultados? Estas indicaciones han sido recogidas en la norma, la cual indica que existe la posibilidad de una sola toma dentro de las 120 horas, pero sigue siendo válido el concepto de que, entre más pronto, más efectivo resulta el método.

Uso repetido. ¿Por qué no utilizar la anticoncepción de emergencia como método de rutina? No es que no se pueda utilizar como método de rutina, sino que dicho uso tiene varios inconvenientes:

- ✘ No protege de las infecciones de transmisión sexual, no sustituye al condón, pero eso también es cierto para los demás métodos anticonceptivos, no es una característica exclusiva de la anticoncepción de emergencia
- ✘ Es menos efectiva que otros métodos, pero, si se toma inmediatamente después, la efectividad es aceptable
- ✘ Causa más efectos colaterales; si una mujer adulta o una adolescente la utiliza dos o tres veces por semana: se la pasará vomitando toda la semana; no vale la pena
- ✘ Los aspectos de seguridad, la ausencia de contraindicaciones, no aplican al uso repetido del método; pero ahí aplicarían las mismas contraindicaciones de las pastillas anticonceptivas normales
- ✘ La toma repetida también puede alterar el patrón de sangrado: no se sabe cuándo se trata de una menstruación, si es por suspensión, cuándo se reanuda el ciclo ovulatorio, etcétera

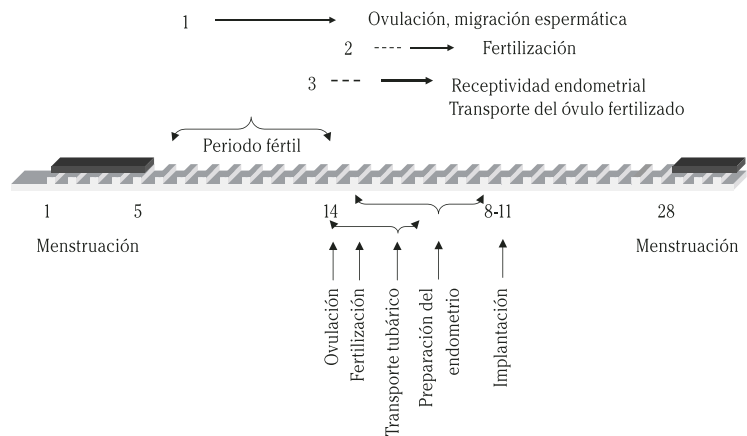
En suma, no conviene como método de rutina. No está contraindicado, pero no conviene como método de rutina.

Una buena consejería en el momento de la emergencia puede representar un puente hacia la anticoncepción regular. Si se tiene acceso a una usuaria preocupada de haberse embarazado después de una falla anticonceptiva o de no haber utilizado un método, éste es un buen momento para darle una consejería e invitarla a utilizar un método más seguro, más regular, que la proteja de las infecciones de transmisión sexual (ITS), dependiendo de sus necesidades anticonceptivas, pero también tenemos que recordar que el uso repetido nunca tiene que ser una barrera para limitar el acceso a la anticoncepción de emergencia. La anticoncepción debería ser utilizada tantas veces como sea necesario a lo largo de la vida reproductiva de una mujer o de una pareja.

Mecanismo de acción. Trataré de explicar el debatido tema del mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia. El periodo fértil en la mujer abarca cinco-seis días previos a la ovulación y el mismo día de la ovulación (véase la figura 1). Después de la relación, los espermatozoides llegan al sitio de inseminación y puede darse la fertilización, la unión entre el óvulo y el espermatozoide; de ser así, tiene lugar la preparación del endometrio –que es la mucosa que cubre por dentro la matriz, la cual se prepara para recibir un óvulo fertilizado, para que este óvulo se pegue y se anide– y la implantación.

Evidentemente, las etapas críticas son las dos últimas: la preparación del endometrio y la implantación. Para algunas personas, que la anticoncepción de emergencia actúe ahí, puede representar un problema de

Figura 1. *Mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia / Fisiología de los eventos reproductivos*



conciencia, una objeción al uso del método, porque podría interpretarse como método abortivo.

No voy a entrar al debate de cuándo se inicia el embarazo. Médica y legalmente empieza con la implantación, porque antes no hay ninguna forma de medir los fenómenos anteriores.

Sabemos que el método puede funcionar en los momentos que hemos revisado. Inhibe, retrasa o altera el fenómeno ovulatorio. La ovulación es un fenómeno de regulación muy fina entre nuestro sistema nervioso central y el ovario, y cualquier disparo agudo de hormonas externas puede alterar el fenómeno del desarrollo folicular y el de la liberación del óvulo.

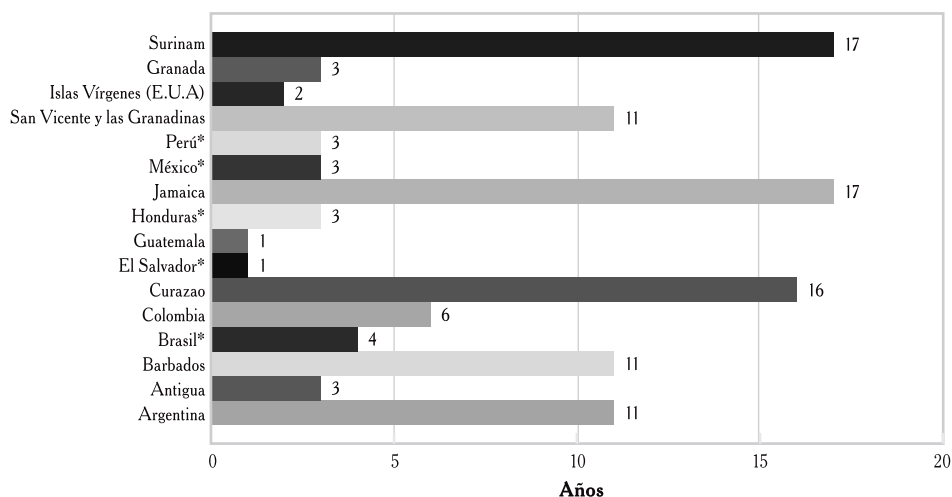
Por otro lado, sabemos también que la anticoncepción de emergencia actúa sobre la migración espermática. Por más que parezca obvio, debemos recordar que en el humano el sitio de inseminación, que es la vagina, es diferente del sitio de la fecundación, que es el primer tercio de la trompa, y que el número de espermatozoides se reduce significativamente en su recorrido hasta el sitio de inseminación. Las trompas, la vagina, el canal cervical, no son como una autopista, más bien parecen un lavado de coches donde los espermatozoides serían los autos. Éste es un proceso delicado, crítico, sujeto a regulación hormonal y en el cual interfiere la anticoncepción de emergencia. Hay estudios que demuestran cómo la anticoncepción de emergencia altera el *lavado de coche*.

Los otros mecanismos, los que siguen, ¿son susceptibles de ser modificados por la anticoncepción de emergencia? Ésa es la pregunta. Y la pregunta para los investigadores, los médicos, es también: ¿Cómo estudiar *in vivo* estos mecanismos?, lo cual no es sencillo, porque no existen marcadores de fertilización *in vivo*. Yo no sé si el óvulo se llegó a fertilizar o no. Sólo puedo estudiar los mecanismos que lo preceden, que corresponden a la ovulación, y los eventos que la siguen, de la implantación, a partir de la cual se empieza a producir la hormona del embarazo. No hay forma de medir, médicamente y por ende legalmente, el evento que está en medio, la fertilización.

Los investigadores han estudiado la receptividad endometrial, es decir, cómo se va modificando el endometrio y si la administración de la anticoncepción de emergencia puede alterar el endometrio y hacerlo no receptivo al óvulo fertilizado. Hay formas de estudiar el endometrio a través de un microscopio, es decir, ver la forma, los estudios morfológicos. Estudios viejos reportaban alteraciones en el endometrio. Los estudios de los años setenta y ochenta eran estudios metodológicamente mal diseñados: las biopsias del endometrio se tomaban en el momento del sangrado, de la menstruación siguiente, cuando el endometrio ya morfológicamente no es reconocible, no se puede interpretar.

Estudios diseñados con una metodología exacta, los últimos estudios morfológicos publicados, incluso estudios publicados en México, realizados en el

Gráfica 3. *Anticoncepción de emergencia en algunos países latinoamericanos y del Caribe*



* En normas oficiales.

Instituto Nacional de la Nutrición, no demuestran ninguna alteración en el endometrio de mujeres que tomaron anticoncepción de emergencia frente a aquellas que no la tomaron.

Estudios más finos, además de ver el endometrio, miden en el endometrio las proteínas de receptividad endometrial, que son secretadas para regular el fenómeno de la implantación. Hay estudios recientes, todos publicados de 2000 a la fecha, que demuestran que estas proteínas no se modifican con el uso de anticoncepción de emergencia.

Un modelo de estos mecanismos de acción proviene de estudios en animales; no se pueden realizar en mujeres porque no serían éticos. (Para algunas personas tampoco es ético realizar dichos estudios en animales.)

El modelo más cercano al humano son los primates: las monas. Un estudio realizado en la Universidad Católica de Chile consistió en estudiar en monas, por ultrasonido, el desarrollo del folículo hasta que llegaba al punto máximo de crecimiento, inmediatamente antes de la ovulación, y hacerlas copular con el mono macho. Después se les administraba anticoncepción de emergencia: Levonorgestrel, después del coito y después de la ovulación. Con ello, no se interrumpió la ovulación ni se interfirió la migración espermática. ¿Qué sucedió? Nada: 54 por ciento de las monas que no fueron tratadas se embarazaron, y 54 por ciento de las monas tratadas se embarazaron. ¿Qué quiere decir esto? Quiere decir que la administración posfertilización de la anticoncepción de emergencia no sirve para prevenir el embarazo. A esos casos se podrían atribuir muy seguramente las fallas del método.

En conclusión, los mecanismos de acción pueden variar dependiendo del momento en que se administre la anticoncepción de emergencia, el momento en relación con el ciclo de la mujer, y con el coito también; pero, en todo caso, entre más pronto, más efectivo es. Ésta sería una evidencia indirecta de que el método funciona sobre la migración espermática.

Entonces, sabemos que puede inhibir la ovulación, retrasarla o alterarla. Sabemos que puede alterar el moco cervical, que puede alterar el transporte de gametos. Hay algunos estudios que demuestran que inhibe directamente la fertilización, la unión entre óvulo y espermatozoides. Tiene algún efecto sobre el desarrollo del cuerpo lúteo después de la ovulación, efecto parecido al de la lactancia. Y, en conclusión, su mecanismo de acción es exactamente igual al de los demás métodos anticonceptivos: sobre la implantación no sirve y por ende no puede ser considerado abortivo bajo ninguna perspectiva, ningún punto de vista.

Anticoncepción de emergencia: ¿qué se necesita?

¿Qué se necesita para que la anticoncepción de emergencia sea realmente una alternativa?: Normatividad, accesibilidad del método, y difusión del conocimiento.

La normatividad regula la prestación de servicios públicos y privados; establece estándares y facilita la evaluación; respalda y vincula a los prestadores; obliga a actualizaciones permanentes; y facilita la introducción y distribución de productos dedicados. La normatividad ya la tenemos; es un factor necesario, pero no es suficiente.

“Las pastillas anticonceptivas de emergencia no son efectivas una vez que el proceso de implantación se haya iniciado, y no podrán inducir un aborto.” Organización Mundial de la Salud, *Informal Briefing Note*, 1999.

El método debe ser realmente asequible en términos de producto y de información. Se requieren estrategias de provisión anticipada y difusión del conocimiento entre las potenciales usuarias y entre los prestadores del servicio. Si la usuaria no está informada no va a solicitar ese método al prestador, y si el prestador no está informado no se lo va a ofrecer en forma correcta.

Quiero comentar que México se incorporó tarde a la lista de países latinoamericanos con la anticoncepción de emergencia en la norma o que tienen registrado un producto dedicado. En la gráfica 3 se puede observar los países y los años de uso o de incorporación de la anticoncepción de emergencia en algunos programas no gubernamentales. Los datos provienen de una encuesta realizada en los servicios de IPPF (International Planned Parenthood Federation).

Respecto a los productos, tampoco es novedad lo siguiente: hay nueve compañías manufactureras en el mundo, y este número varía cada mes. Hay más de 15 nombres comerciales y más de setenta países con producto dedicado registrado, y en algunos de estos países el producto está disponible sin receta médica, lo que se llama OTC (del inglés *over the counter*). No son países en desarrollo, son países como Bélgica, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, Noruega, Portugal, Suecia, Sudáfrica, y algunos estados de los Estados Unidos. Está pendiente la resolución de la FDA (Food and Drug Administration, de los Estados Unidos) para emitirlo como producto OTC, sin receta médica; tiene todas las opiniones favorables de los colegios médicos de profesionistas, pero está detenida por razones políticas.

Respecto a la difusión del conocimiento, para que la anticoncepción de emergencia esté incorporada al servicio, se necesita capacitar a los prestadores de servicio: que conozcan el método y que tengan actitudes empáticas hacia, sobre todo, los adolescentes, que como hemos visto conforman un sector extremadamente necesitado de información y de método.

Queremos que la información se difunda de manera sistemática, y para ello hay estrategias que se consideran muy útiles, como son la entrega por adelantado de la receta o del producto: “Aquí está la receta, aquí están las pastillitas. A lo mejor nunca en la vida las vas a necesitar, pero si lo llegaras a necesitar ya lo tienes”; y acuérdense del problema del tiempo. La Organización Mundial de la Salud dice que la anticoncepción de emergencia debería estar en todos los botiquines de emergencia de todos los hogares.

Para que el método sea realmente asequible en los servicios, es preciso pensar en estrategias específicas. Las emergencias suceden con frecuencia en fin de semana, puentes y vacaciones, cuando los servicios están cerrados, cuando hasta el médico apaga el radio o su celular. Entonces necesitamos estrategias, insisto, de entrega por adelantado, de información escrita, de números telefónicos de emergencia, de canalización a centros de referencia específicos. Por supuesto, tenemos que pensar que los tiempos de espera y las citas no valen para estos casos; no podemos esperar a que a la usuaria le baje la menstruación o esté embarazada.

Cuadro 1. Información para usuari@s

- ✕ Líneas telefónicas
 - ✕ 01-800- EN 3 DÍAS (01 800 363 3427)
 - ✕ 55 23 25 80
 - ✕ Planificatel: 01 800 010 3500

✂ Páginas web

- ✂ www.diaespecial.ws/index.html
- ✂ www.en3dias.org.mx
- ✂ www.mexfam.org.mx
- ✂ www.cecinfo.org
- ✂ www.ippfwhr.org
- ✂ www.fhi.org
- ✂ www.crlp.org
- ✂ www.opr.princeton.edu/ec/
- ✂ www.arhp.org/ec/
- ✂ www.anticoncepcion-de-emergencia.com

La información al público es un punto central. Si la potencial usuaria desconoce el método, cómo y dónde conseguirlo; malentende su uso; piensa que es un método para inducir el sangrado cuando ya tenga retraso menstrual, que es un inductor de la menstruación, que tiene efectos colaterales inmediatos o a largo plazo (porque le han dicho que es una *bomba* hormonal, que causa cáncer, etcétera); ¿qué hace? Corre el riesgo y no toma anticoncepción de emergencia.

Por último, e independientemente de los aspectos médicos, de la consejería, etcétera, el uso de la anticoncepción de emergencia se inscribe dentro de un derecho constitucional de las mujeres en México: el derecho a la protección de la salud y el derecho a decidir en forma libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos. Además, se inscribe dentro de los tratados y declaraciones internacionales que México ha suscrito, y que establecen el derecho a la seguridad de la persona, a la no discriminación y al respeto de las diferencias, al estándar más alto posible de la salud física y mental, a gozar de los beneficios del progreso científico (hay una excelente revisión de una abogada canadiense que se dedica a derechos y salud, Rebeca Cook, que enmarca toda esta información dentro de los derechos internacionales que tenemos las mujeres y los hombres).

...el uso de la anticoncepción de emergencia se inscribe dentro de un derecho constitucional de las mujeres en México: el derecho a la protección de la salud y el derecho a decidir en forma libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos

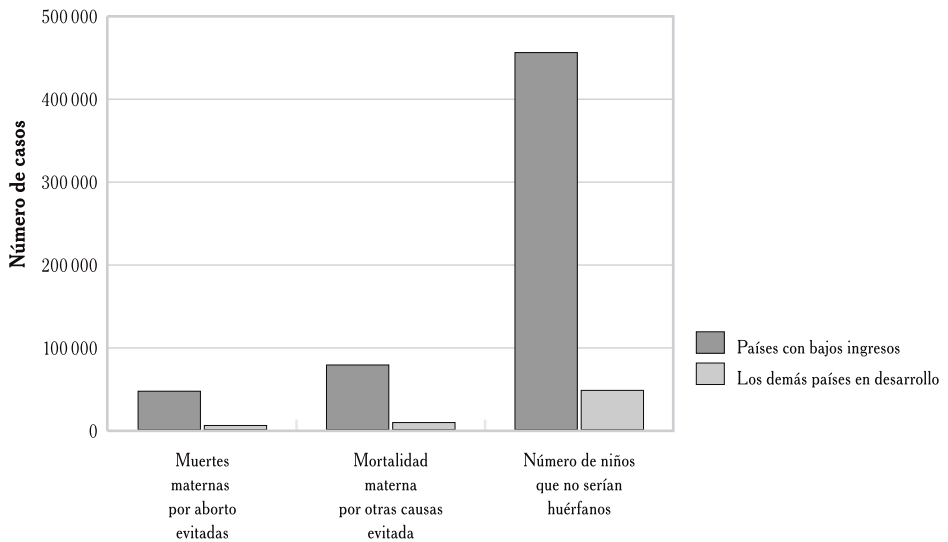
La necesidad no satisfecha de anticoncepción

La necesidad no satisfecha en anticoncepción es todavía tremendamente grande. En el mundo hay 76 millones de embarazos no planeados, la mayor

parte de ellos debido al no uso de método, pero algunos de ellos debido a la falla de los métodos. Esta necesidad no satisfecha es muy alta en todos los continentes, particularmente alta en África, pero también en América Latina.

El uso adecuado de anticoncepción podría arrojar a la población no sólo beneficios anticonceptivos. En la gráfica 4 se observa las muertes maternas por aborto que se evitarían con el uso de la anticoncepción; la mortalidad materna por otras causas que se evitaría con el uso de la anticoncepción; el número de niños que no quedarían huérfanos, gracias a que sus madres utilizaran la anticoncepción. Estos beneficios son mayores en los países en desarrollo, donde la mortalidad materna, la mortalidad por aborto, pesa definitivamente sobre las mujeres y los niños.

Gráfica 4. *Beneficios indirectos que se obtendrían si la demanda insatisfecha de anticoncepción fuera cubierta*



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas y Alan Guttmacher Institute, 2003.

En México, la fertilidad general y la necesidad no satisfecha de anticoncepción se han reducido, pero esta última sigue siendo alta en ciertos sectores de la población, como adolescentes, población marginada, indígenas, etcétera.

En la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva realizada el año pasado, hay algunos datos preliminares. A pesar de que la anticoncepción de emergencia todavía no estaba incluida en la norma y no se había establecido ningún programa oficial de difusión del conocimiento, 28 por ciento de la población decía conocer la anticoncepción de emergencia (ésta es una muestra

con representatividad nacional), y el tres por ciento de ellas decía haberla usado en algún momento (véase cuadro 2).

Cuadro 2. *La situación de México: Ensar 2003*

Porcentaje de mujeres que conocen algún método anticonceptivo				
<i>Método</i>	<i>Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987</i>	<i>Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992</i>	<i>Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997</i>	<i>Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 2003</i>
Pastillas	89.9	91.9	93.4	92.5
Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	-	-	-	28.5
Ritmo	60.1	62.3	68.3	59.2
Porcentaje de mujeres que han usado algún método anticonceptivo				
Pastillas	28.2	31.7	29.5	30.3
Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	-	-	-	3
Ritmo	9.9	18.3	17.4	25.6

Anticoncepción de emergencia y salud reproductiva

¿Cuál es, para resumir, en conclusión, el impacto que podría tener un conocimiento extenso de la anticoncepción de emergencia sobre el perfil de la salud reproductiva?

- ✕ Es imprescindible en caso de violencia sexual. Creo que es una de las indicaciones de mayor carácter ético de esta metodología. (En la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, que se realizó el año pasado en nuestro país, la violencia sexual fue reportada por siete por ciento de las mujeres entrevistadas.)
- ✕ Tiene la capacidad de reducir el número de abortos. Hay estudios que lo demuestran: en Finlandia, hace ya algunos años, se demostró que después de la introducción de la anticoncepción de emergencia el número de abortos se había reducido diez por ciento; hay un estudio reciente en los Estados Unidos: en 2000 más de 50 mil abortos pudieron ser evitados por la anticoncepción de emergencia; y hay un estudio de la OMS que reporta que en China más de 50 por ciento de los abortos podrían evitarse con el uso de la anticoncepción de emergencia.
- ✕ Aun en caso de provisión anticipada, es decir, aun cuando se dé por adelantado, el uso repetido es bajo y además es apropiado. El uso repetido oscila en varios estudios entre 0.8 y 3.4 por ciento de la

población estudiada. Es decir, el problema no es el abuso del método, sino que todavía no se use suficientemente cuando esté indicado.

✘ Tampoco induce el abandono de métodos de barrera. Hay estudios que demuestran que si se da junto con el condón, las usuarias no dejan de utilizar el condón.

✘ Puede representar un puente hacia la anticoncepción regular.

✘ Y, por supuesto, su conocimiento y difusión adecuada puede contribuir a reducir significativamente las muertes maternas.

Los derechos reproductivos de las y los adolescentes, y un necesario servicio de salud sexual y reproductiva

Marta Lamas

135

¿Cuál es el horizonte de la reproducción humana que atisban nuestros adolescentes al inicio del tercer milenio? Uno preñado de dudas, temores y expectativas. Mientras que un sinnúmero de mujeres se entrega a la gestión tecnológica de la procreación, con sufrimientos y a precios desorbitados, otras hacen todo lo posible por deshacerse de las vidas que llevan dentro. En todas partes del mundo brotan deseos antagónicos: lograr el nacimiento de determinada criatura o impedir el nacimiento de otra. Entre estos dos campos, que se podrían formular también como los de la obsesión por la maternidad, por un lado, y el deseo de no ser madre en un momento dado, por el otro, hay una franja de personas ansiosas por adoptar criaturas recién nacidas, mientras que en orfanatos, niñas y niños ya crecidos aguardan en vano.

Así como las mujeres estériles están dispuestas a probar cualquier cosa antes que adoptar, aquellas que han quedado embarazadas sin desearlo, harán cualquier cosa por interrumpir esa gestación, en lugar de resignarse a parir y dar en adopción a la criatura. “Un hijo a cualquier precio” y “un aborto a cualquier precio” expresan lo mismo: que la maternidad es una experiencia en la que el deseo femenino es sustancial.

En la medida en que la ciencia no deja de avanzar y de perfeccionar sus métodos, el despliegue de un verdadero arsenal de tratamientos para fecundar ha venido a replantear el sentido de la esterilidad: ¿es una enfermedad?, ¿hay que resignarse a ella o tratar de remediarla?, ¿a qué costo?, ¿qué hacer frente a la esterilidad de las mujeres pobres cuando las ricas pueden intentar remediarla con tratamientos carísimos? De igual manera, un conjunto de cambios jurídicos y sociales han replanteado la obligatoriedad de los embarazos no deseados: ¿hay que resignarse a llevarlos a término?, ¿a qué costo?, ¿qué hacer frente a los embarazos no deseados de las mujeres pobres cuando las ricas pueden abortar ilegalmente en buenas condiciones? Así como la reproducción asistida franquea un umbral y abre nuevas perspectivas, también los

Grupo de Información
en Reproducción
Elegida (GIRE).

cambios jurídicos y legislativos respecto al aborto inauguran nuevas maneras de abordar los dilemas que plantean los embarazos no deseados.

En los urgentes deseos de fabricar seres humanos o de interrumpir su gestación se reformula algo más nodal: concepciones sobre la vida, lo humano, lo ético

Pero, aunque públicamente se alega la necesidad de una reglamentación de ambas prácticas médicas –reproducción asistida y aborto–, los funcionarios del sector salud se ven poco inclinados a proponer límites a temas en los que se imbrican las decisiones íntimas y la salud pública, y delegan la responsabilidad en los legisladores. Éstos, que no siempre son juristas sino políticos, tienen la obligación de informarse y

tener un panorama amplio y actualizado.

En el siglo XXI, cada innovación tecnológica relativa a la procreación suscita dudas y temores, cada fallo jurídico o reforma legislativa causa agitaciones. ¿Qué es lo que está en juego? En los urgentes deseos de fabricar seres humanos o de interrumpir su gestación se reformula algo más nodal: concepciones sobre la vida, lo humano, lo ético. Eso agudiza conflictos religiosos y políticos, y remite, indefectiblemente, a revisar los conceptos y creencias que tenemos, no únicamente acerca de la maternidad y la paternidad, sino por encima de todo, acerca de la libertad.

¿Qué es la libertad en materia de reproducción? ¿A qué nos referimos cuando hablamos de libertad reproductiva? Aunque los “derechos reproductivos” están consagrados en nuestra Constitución y México ha suscrito convenios internacionales sobre esa cuestión, en el plano de la vida cotidiana libertades sustantivas como la interrupción voluntaria del embarazo siguen sometidas a restricciones.

Aunque ya en la Conferencia sobre Derechos Humanos en Teherán (1968) se reconoció el derecho de toda persona a decidir sobre su reproducción, el término *derechos reproductivos* como tal es producto del movimiento feminista internacional y se visibiliza en la creación, en 1979, de la Red Mundial por la Defensa de los Derechos Reproductivos de las Mujeres. Desde esta perspectiva, el punto central ya no es la decisión sobre cómo reproducirse, por cierto incluida en la reforma que en 1974 se hiciera al artículo cuarto constitucional y que la formula como: “de manera libre, informada y responsable”, sino la decisión de reproducirse o no. El derecho a evitar ser madre es lo nuevo en estos derechos reproductivos.

La maternidad es una expresión formidable de la diferencia sexual. Es una experiencia compleja, muy gratificante, muy absorbente y muy personal. Pero la maternidad no tiene el mismo estatuto en todas las culturas y desde hace siglos cada sociedad ha desarrollado sus formas peculiares de control natal, incluyendo el aborto. Formas rudimentarias, e incluso extremas, como el infanticidio, expresan una forma básica del derecho de las mujeres a aceptar o no la maternidad. Claro que el desarrollo masivo de los anticonceptivos

a mitad del siglo xx facilitó el acceso general a la práctica ya existente de evitar los embarazos.

El aspecto central de los derechos reproductivos radica en la capacidad de elegir o no la procreación, para lo cual se usan variados métodos preventivos (los anticonceptivos) y un método remedial (la interrupción del embarazo). Por eso los derechos reproductivos se ubican dentro de los derechos humanos, y requieren tanto de libertad como de igualdad para ser efectivos: libertad para decidir e igualdad de acceso a la información y a los servicios médicos. Un fundamento de los derechos reproductivos es que la maternidad, para ser una opción ética, debe ser un acto voluntario, y yo sumaría dos adjetivos más: gozoso y compartido. La maternidad voluntaria, gozosa y compartida debe contar con la posibilidad de interrumpir un embarazo no elegido. Los derechos reproductivos apuntan a algo profundo y subversivo: al cuestionamiento de la maternidad como el destino forzoso o el proyecto obligado de las mujeres. Los derechos reproductivos introducen una ruptura ideológica con la creencia católica que concibe a las mujeres como recipientes de voluntad divina: ten todos los hijos que Dios te mande. En los últimos años la noción de los derechos reproductivos como derechos humanos ha tenido un sólido desarrollo, como consecuencia de su creciente reconocimiento en la Constitución y en los tratados internacionales.

Sin embargo, la experiencia denota que, si bien es importante el reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos, se torna por entero insuficiente cuando no va acompañado de los mecanismos que permitan la protección real de los contenidos normativos y la apropiación y vivencia de tal clase de derechos por las personas. Ahora bien, la realidad social determina un proceso de especificación, para distinguir a las personas que son titulares de tales derechos, ya que tienen diferentes necesidades. Por ejemplo, los derechos reproductivos de las personas adolescentes.

La adolescencia es un periodo clave en la maduración sexual humana, y es el inicio de la vida sexual activa de muchos jóvenes. La ausencia de información adecuada y de métodos anticonceptivos vuelve a la adolescencia un periodo muy riesgoso: los embarazos de adolescentes son el signo más obvio. Tratándose de los métodos anticonceptivos es necesario que se reconozca el derecho de esta población a beneficiarse del progreso científico y tecnológico, así como el derecho a utilizar el método anticonceptivo que elijan los individuos que la forman, estableciendo la obligación del Estado de reconocer y suministrar todos aquellos métodos anticonceptivos cuya eficacia y seguridad estén acreditadas, así como de proporcionar a las personas

Un fundamento de los derechos reproductivos es que la maternidad, para ser una opción ética, debe ser un acto voluntario, y yo sumaría dos adjetivos más: gozoso y compartido

usuarias el método anticonceptivo que constituya la mejor alternativa terapéutica.

La Ley General de Salud omite regular de manera adecuada el caso de los adolescentes, limitándose a señalar que en las actividades relativas a la planificación familiar se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. No obstante que en el caso de los adolescentes la noción de los derechos sexuales como derechos humanos tiende a evitar que el ejercicio de la sexualidad se realice en condiciones de riesgo para la salud, ya que se tornan obligatorios la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos y a mecanismos protectores para impedir el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles, con frecuencia en la práctica los adolescentes no tienen acceso a la educación sexual y a la prestación de los servicios médicos que requieren, por las creencias ideológicas o religiosas de sus padres. Esto es totalmente improcedente, ya que los adolescentes son titulares plenos de los derechos humanos que corresponden a cualquier persona, excepción hecha de los derechos políticos. Entre los derechos humanos se encuentran los derechos reproductivos y el derecho a la protección de la salud sin que el ejercicio y goce de tales derechos, como regla general, pueda ser limitado por los padres a través de la patria potestad. El ejercicio del derecho que tienen los padres para educar a los hijos conforme a sus convicciones religiosas e ideológicas no puede ir en contra del interés superior de los menores, que se encuentra contenido en el artículo 18.1 de la Convención de los Derechos del Niño.¹ La patria potestad o los derechos de los padres a que se ha hecho mención necesariamente deben ceder ante la necesidad de proteger los derechos humanos e intereses de los menores de edad.²

En efecto, la titularidad y protección de los derechos humanos de los adolescentes no puede verse restringida por el ejercicio de la patria potestad, ya que ésta básicamente tiene un carácter instrumental y delimitado por los efectos producidos por el reconocimiento del “interés preponderante” de los menores, que determina que cualquier conflicto entre los derechos humanos de los padres y los derechos de los menores debe ser resuelto mediante la ponderación positiva de los derechos de los menores, sin que ello implique que no sea necesario justificar la necesidad de las medidas restrictivas al ejercicio de la patria potestad.³ Por tanto, en el ejercicio de la patria potestad, básicamente corresponde a los padres realizar actividades de salvaguarda de los derechos de los hijos, por ser garantes de los mismos, encontrándose obligados a realizar todas las actividades necesarias para evi-

¹ Pedro Isabel Morales Aché, “Los derechos sexuales y reproductivos y los servicios de salud”, mimeo, México, 2004.

² *Idem.*

³ *Idem.*

tar cualquier afectación a sus derechos (a la protección a la salud, vida, etcétera), aun a costa de sus creencias religiosas. Es válido entonces que el Estado regule tal función, al tiempo que se encuentra obligado a poner en marcha todos los medios que resulten idóneos y conducentes para la protección de los derechos de los adolescentes, e incluso a intervenir mediante el cumplimiento de sus deberes prestacionales, otorgando especial protección a los menores que pueden resultar afectados de manera definitiva o irreparable en los derechos y bienes de que son titulares, por un incorrecto ejercicio de la patria potestad, cuando por sus convicciones religiosas los padres omiten cumplir con el deber de proteger los derechos de los hijos.⁴

Por lo tanto, para ser consecuentes con los derechos de los adolescentes es necesario respetar sus decisiones y derechos, que deben tener preponderancia sobre las decisiones de quienes ejercen la patria potestad. Con el fin de conceder relevancia a la satisfacción de las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes hay que contemplar que en el derecho a la educación de que son titulares directos los adolescentes, cuyo contenido esencial consiste en que éstos necesariamente deben recibir una educación que tienda al pleno desarrollo de su personalidad, así como a la protección de su integridad física, su salud y su vida, deberá contemplarse la información sobre sus derechos reproductivos.

La libertad de creencias de los padres y su derecho a transmitirlos a sus hijos, también están limitados por el respeto a los derechos humanos de los menores de edad, sobre todo cuando las decisiones de los padres pueden afectar negativamente el desarrollo personal de sus hijos, hacer nugatorio el derecho de los menores a recibir una educación integral, que comprende la educación sexual, o impedir la provisión de métodos anticonceptivos. La negativa injustificada de los padres para que sus hijos tengan acceso a la prestación de servicios de salud reproductiva se traduce en una injerencia arbitraria en su vida, que está proscrita en el artículo 16.1 de la Convención de los Derechos del Niño; corresponde al Estado proteger a los menores de tales injerencias, tal y como lo prevé el artículo 16.2 de la propia Convención.⁵

Un tema que coloca a las adolescentes en una situación muy vulnerable es el del aborto. Con frecuencia, las jóvenes inician su vida sexual sin tener acceso al uso de anticonceptivos, por lo que un número sustantivo de ellas quedan embarazadas sin desearlo. La alternativa que enfrentan es compleja:

La negativa injustificada de los padres para que sus hijos tengan acceso a la prestación de servicios de salud reproductiva se traduce en una injerencia arbitraria en su vida, que está proscrita en el artículo 16.1 de la Convención de los Derechos del Niño

⁴ *Idem.*

⁵ *Idem.*

tener un hijo a esa edad o arriesgarse a buscar un aborto clandestino, con los riesgos que esto supone.

Resulta interesante comparar lo que ocurre en otras sociedades con el complejo tema de las adolescentes y el aborto. En todo el mundo, el mayor adversario de la liberalización de las leyes sobre aborto es El Vaticano, sea frontalmente o por la vía de sus organizaciones instrumentales, como las asociaciones “pro-vida”. En Europa –la región judeocristiana con las leyes más liberales– las tensiones con la jerarquía católica se dejan sentir de diversa manera. Aunque Irlanda es el único país en la Unión Europea donde las restricciones son tajantes, en otros, como España, también se siente la presencia de El Vaticano.

Lo que ocurre en España es especialmente relevante, por tratarse de una sociedad con la cual México tiene vínculos culturales muy estrechos. La despenalización del aborto en España se logró en 1985 bajo tres supuestos legales: aborto terapéutico, eugenésico y ético (conocidos en México como las causales de salud, malformaciones y violación). Desde entonces se sostiene la tendencia al alza. A pesar de que en España es inconcebible una postura como la del Colegio de Ginecólogos y Obstetras británico, que ha pedido a su gobierno que aborde el aborto como un servicio esencial de la sanidad pública, hay cierta apertura del Ministerio de Sanidad para tratar el problema. Incluso, durante el gobierno del conservador Partido Popular, en enero de 2002, la ministra de Sanidad aconsejó a los adolescentes usar preservativos, ante el incremento de abortos.

El problema de los embarazos y abortos de las adolescentes va en aumento en España. El Consejo Superior de Investigaciones Científicas registró que en la década de los noventa la práctica del aborto creció 74 por ciento entre menores de 20 años y que cuatro de cada diez adolescentes interrumpieron la gestación. El Ministerio de Sanidad y los expertos atribuyen el fenómeno a las carencias en educación sexual y a dificultades en el acceso a anticonceptivos, las cuales están estrechamente vinculadas a la censura de la jerarquía católica. Según el estudio del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, elaborado a partir de las estadísticas oficiales disponibles, en España aborta 39 por ciento de las adolescentes frente a 12 por ciento de las mujeres adultas. En lugares como Cataluña, Madrid, Aragón y Asturias, esta cifra de adolescentes sube a 50 por ciento. En Navarra no se practican abortos debido a la objeción de los médicos y la falta de clínicas privadas dispuestas. Sin embargo, para cumplir la normatividad, las embarazadas que desean interrumpir legalmente su gestación se desplazan a otra comunidad en viajes sufragados por el gobierno.

Un indicador que deja sentir con fuerza el impacto de la prohibición católica es que 96.53 por ciento de los abortos se realizan en clínicas privadas, pues son pocos los centros públicos que realizan esta intervención, por la “objeción de conciencia” de su personal.

A pesar de que en España falta una política capaz de abordar sin hipocresía los reparos de médicos, miles de mujeres interrumpen sus embarazos legalmente. El perfil de quienes abortan es el de mujeres de entre 20 y 30 años, solteras, con un nivel de instrucción de segundo grado, sin hijos, y que no habían abortado antes. Noventa por ciento de los abortos se realizan antes de las 12 semanas y la píldora abortiva RU-486 empieza a usarse.

Puesto que la proporción de las adolescentes que abortan es muy superior a la media general, no es de extrañar que algunos casos conflictivos salten a los titulares de la prensa. A finales de 2002, el escándalo se centró en una adolescente de 15 años embarazada, que no quiso abortar y a quien un juez la amparó en su derecho a no hacerlo, en contra de la opinión de sus padres. El juez argumentó que no importaba que la adolescente fuera menor de edad, y alegó libre consentimiento y respeto a su intimidad. El debate público sobre este caso puso en evidencia una gran contradicción: ¿por qué entonces la ley exige el consentimiento de los padres si las jóvenes quieren abortar en alguna de las causales ya legales? Si se acepta la decisión de una adolescente de continuar el embarazo, también debería aceptarse su decisión de interrumpirlo cuando sea por alguno de los supuestos legales.

Mientras que en España se mantienen las trabas al derecho de las jóvenes al aborto, en otros países europeos se han ido reformando positivamente las leyes. El caso más reciente es el de Francia, nación de tradición católica, donde se aprobó una reforma ejemplar a la antigua ley de aborto en diciembre de 2000. La primera ley de aborto en Francia, la ley Veil promulgada en 1975, no era muy restrictiva, aunque los trámites para obtener un aborto legal eran largos: formalizar un informe sobre los riesgos médicos y precisar las ayudas del Estado a que tenía derecho la mujer si seguía con el embarazo. También se aceptaba la “objeción de conciencia”, en cuyo caso el médico podía negarse a la intervención y entregar los papeles para que la mujer buscara a otro facultativo. Pasaron veinticinco años antes de que se realizara una reforma, que enfoca dos aspectos:

- ✕ la ampliación del plazo límite para abortar de 10 a 12 semanas, con lo que la legislación francesa se equipara a la de otros países europeos como Alemania, Bélgica, Finlandia, España o Austria⁶
- ✕ el permiso a las menores de edad de interrumpir el embarazo sin necesidad de autorización paterna

En julio de 2000, Lionel Jospin presentó su propuesta, con el argumento de que la legalización del aborto en 1975 no había aumentado el número de abortos (en los últimos 10 años, la cifra osciló entre 160 000 y 190 000 anualmente);

⁶ Los plazos en Europa no son uniformes. Además de los ya mencionados están los países donde el término es de 10 semanas (Grecia) y los que cuentan con un plazo más amplio de 22 semanas (Reino Unido, Suiza y Holanda).

lo que sí había disminuido era el número de incidentes que acompañan la intervención médica, poniendo fin a las muertes por hemorragia y a la esterilidad provocadas por abortos ilegales.

Esta vez, el debate francés no se verificó entre “pro” y “antiabortistas”. Al ampliar el plazo a las 12 semanas se dio pie a una discusión sobre la eugenesia. Gracias a los progresos de las ecografías y de los análisis de líquido amniótico, es posible conocer el sexo del feto, así como otras de sus características. La mujer tendría la posibilidad de elegir la interrupción del embarazo, y de hacer esto, supuestamente, a partir de ciertos criterios inquietantes: en el legítimo anhelo de tener una criatura sin defectos ni problemas, se insinuó el fantasma eugenésico de la búsqueda de perfección.

A pesar de las voces airadas o preocupadas por la ampliación del plazo, lo más polémico fue la reforma respecto de las adolescentes. Cada año 10 000 francesas menores de 18 años protagonizaban embarazos no deseados y en muchos casos viajaban a países vecinos para poder abortar sin tener que contárselo a sus padres. En la nueva ley, el “permiso” sigue siendo la regla, pero se acepta que una adolescente nombre a una persona adulta de su confianza para que asuma el papel de tutor y la acompañe antes y después de la intervención médica.

Antes de admitir que las menores vayan acompañadas de alguien que no sea su padre o madre, el médico, en una primera visita, deberá esforzarse por convencer a la joven para que dialogue con sus progenitores; pero si durante la segunda visita la joven mantiene que no quiere hacerlo, entonces ella tiene que nombrar “un adulto de referencia”, una especie de tutor, que avale su decisión. En perfecta consonancia con esta reforma, también se suprime la autorización familiar para conseguir anticonceptivos hormonales.

La reciente reforma francesa avanza en una concepción moderna de las adolescentes, a quienes considera sujetos capaces de decidir sobre su vida procreativa. Esto fue lo que causó escozor entre las capas conservadoras de la sociedad francesa. Además, la nueva ley establece penalizaciones para quienes pongan trabas a la interrupción legal del embarazo. Así, las reformas marcan la voluntad política de impedir a los comandos “antiaborto” que hostiguen o culpabilicen a las mujeres afectadas o amenacen al personal médico. Las reformas despenalizan también la propaganda y la publicidad a favor del aborto.

Por último, el derecho de un médico a negarse a realizar un aborto no se cuestiona, aunque con el uso cada vez más extendido en Francia de la píldora abortiva RU-486, la labor de los médicos se restringe a revisar que la expulsión de tejido embrionario se haya realizado en su totalidad. Sin embargo, el sistema público de salud tiene que asegurar la interrupción legal del embarazo cuando alguno de sus médicos no quiera realizarla.

Esta nueva ley hace evidente la diferencia de perspectiva de un gobierno socialista respecto a las libertades básicas de las mujeres, que incluyen el derecho a decidir de las menores de edad. Será interesante conocer, dentro de unos años, la evaluación que tanto el gobierno como la sociedad francesa hagan de las consecuencias de esta reforma legislativa.

Es indudable que los avances tecnológicos y científicos han allanado el camino para que las mujeres decidan sobre sus cuerpos y vidas. Pero ciertos juicios también han tenido un impacto simbólico en la transformación de los significados históricos de la vida y el aborto. En recientes debates públicos, motivados por denuncias, un elemento que se introduce con fuerza es el de la calidad de vida y, como se dijo en Francia, esto implica, a veces, el derecho a no nacer.

En una decisión sin precedentes, el más alto tribunal civil de Francia, el Tribunal de Casación, ordenó que se indemnice a un joven de 17 años, sordo, casi ciego y retrasado mental. Se trata de compensar el error de un médico que atendió a la madre y la hizo descartar el aborto terapéutico. Cuando la madre acababa de quedar embarazada de ese muchacho, su hija mayor, entonces de cuatro años, tuvo rubéola. Como es sabido que esa infección provoca malformaciones del producto, la mujer pidió expresamente un examen a su médico. Éste, apoyado por un laboratorio, declaró que no había peligro. Los padres del joven ya habían sido indemnizados por el error médico. La novedad aportada por la sentencia reside en conceder al hijo el derecho a una reparación derivada de ese error. Jerry Saint-Rose, el abogado que representó al Estado, sostuvo que aceptar la demanda supondría reconocer la existencia de un derecho a “no nacer” e incluso el riesgo de eliminación sistemática de los fetos afectados por una minusvalía. Ante ello, el padre del muchacho declaró: “Ahora Nicolás va a tener una vida más segura”.

En recientes debates públicos, motivados por denuncias, un elemento que se introduce con fuerza es el de la calidad de vida y, como se dijo en Francia, esto implica, a veces, el derecho a no nacer

A esta sentencia se suma otra más, con lo cual se despeja cualquier duda que pudiera quedar respecto a la línea de jurisprudencia adoptada por la jurisdicción suprema en Francia. El otro caso es el de Lionel, un niño de siete años, con síndrome de Down. El Tribunal de Casación anunció que Lionel debe ser indemnizado porque el ginecólogo no avisó a la madre de la posible malformación, lo que le impidió ejercer su derecho al aborto terapéutico.

Como era de esperarse, la profesión médica puso el grito en el cielo porque considera utópico pretender que los controles previos permitan diagnosticar 100 por ciento de las malformaciones. Sin embargo, está comprobado que la detección del síndrome de Down es certera y fácil. No faltó tampoco la previsible ira del episcopado, que interpretó la sentencia como “un gesto de

El debate sobre la penalización/despenalización del aborto plantea el reto de decidir sobre un conflicto en el que están implicados principios democráticos fundamentales: la libertad de conciencia, el laicismo, el derecho a la no intervención del Estado en cuestiones de la intimidad y privacidad

desprecio” hacia las familias de los minusválidos. Los padres de Lionel reafirmaron que para ellos la sentencia era un gesto de respeto y de reconocimiento a la vulnerabilidad de su hijo en un futuro en el que ellos no estarían para cuidarlo. Marie-Sophie Dessaulle, presidenta de la Asociación de Parálíticos de Francia, señaló que “la judiridificación de asuntos tan dolorosos no es positiva”, pero “no habría problema judicial si los padres no estuvieran preocupados por las condiciones de vida que sus hijos vayan a tener, sobre todo cuando ellos fallezcan”. Esto nos regresa al tema de la responsabilidad individual frente a la estatal. No es de extrañar

que los padres quieran que *pague* quien, por un descuido, no los previno a tiempo de que su hijo tenía una malformación que requiere atención especializada, y la cual no es otorgada gratuitamente por el Estado. Con esta forma de reparación no sólo se le garantiza al chico un futuro asegurado con los cuidados especiales requeridos cuando sus padres hayan muerto, sino que hace que los médicos pongan mayor cuidado en los diagnósticos prenatales.

La batalla política detonó. Políticos de la oposición de derecha propusieron lanzar al poder legislativo contra el poder judicial para anular tal jurisprudencia. Por su lado, el entonces ministro de Sanidad se mostró comprensivo ante la preocupación de los médicos por un caso que abre “un debate muy duro” sobre la posibilidad de rehusar la vida por minusvalía o discapacidad.

Estos casos revivieron el espectro del eugenismo, que atormenta el diagnóstico prenatal, pero también destacaron ciertas dudas éticas sobre las repercusiones de los descubrimientos de la ciencia en los derechos humanos. El miedo a las consecuencias discriminatorias suplanta la confianza ciega en la sabiduría del cuerpo médico y de la sociedad. Pero la oportunidad de ofrecer una vida con mayor calidad y con mejores posibilidades de desarrollo personal no debe ser desechada.

El debate sobre la penalización/despenalización del aborto plantea el reto de decidir sobre un conflicto en el que están implicados principios democráticos fundamentales: la libertad de conciencia, el laicismo, el derecho a la no intervención del Estado en cuestiones de la intimidad y privacidad. Además, la política sobre el aborto saca a la luz problemas fundamentales del funcionamiento de los sistemas democráticos, en especial, muestra la tensión entre el poder legislativo y el judicial, pues se ha constatado que con frecuencia las sentencias de los tribunales constitucionales limitan las decisiones de los parlamentos.

Resulta fundamental para la vida democrática reconocer que las acciones de los ciudadanos van ampliando y transformando los márgenes de lo que se considera aceptable o moral. Las leyes que rigen la convivencia son la concreción de esa aspiración, pero, cuando la sociedad cambia y las leyes no reflejan esas transformaciones, el orden social entra en conflicto. En México, si bien es cierto que en la legislación subsisten restricciones contra el aborto, la secularización se ha ido extendiendo poco a poco y los valores morales de la gente se han transformado. En ese sentido es importante el señalamiento de Carlos Monsiváis⁷ respecto a que el aborto ya está despenalizado por la sociedad. Es relativamente fácil comprobar que prácticamente ningún programa de partido político, ninguna decisión parlamentaria, ninguna consigna gubernamental, tiene como objetivo someter a persecución y tratamiento criminal ante los tribunales de justicia a las mujeres que interrumpen sus embarazos. Sólo por excepción hay denuncias al respecto por parte de pocos ciudadanos, y no existe una exigencia generalizada de que se cumpla la ley, como sí ocurre en otros aspectos de la convivencia, como el crimen organizado o la violencia doméstica. Además, si se quisiera cumplir con la ley, no alcanzarían las cárceles para encerrar a las cientos de miles de mujeres que abortan. Si el desuso fuera causa de derogación de las leyes, en México el régimen legal vigente penalizador del aborto ya estaría derogado por obsoleto.⁸

Hoy, en México y en otros países latinoamericanos, el peso simbólico de la Iglesia Católica, que ha favorecido una “política del avestruz”, con las muertes y tragedias concomitantes, está cediendo ante el tibio y lento reconocimiento jurídico del derecho de las personas a decidir en cuestiones relacionadas con sus cuerpos. Esta aceptación se está logrando lentamente, por la ausencia de un debate público y por no estar sustentada en un discurso jurídico de avanzada democrática, como el de Luigi Ferrajoli en Italia. El jurista Ferrajoli sostiene que, si se toma en serio el paradigma de la igualdad, hay que preguntarse sobre la diferencia de sexo. ¿Acaso la diferencia sexual impone algún tipo de derecho sexuado o derecho de la diferencia? Para responder, Ferrajoli afirma que la valorización de la diferencia sexual se funda esencialmente en el principio normativo de la igualdad, en el sentido de que la igualdad consiste en el igual valor de las diferencias como rasgos constitutivos de las personas y como tal la igualdad es asegurada por el carácter universal de los derechos fundamentales. Ferrajoli identifica el derecho a la igualdad con el derecho a la identidad diferente. Por eso ante la diferencia sexual, para Ferrajoli hay un derecho relativo únicamente a las mujeres, que

⁷ “De cómo un día amaneció Pro Vida con la novedad de vivir en una sociedad laica”, en *Debate Feminista*, núm. 3, septiembre de 1991.

⁸ Luis de la Barreda, *El delito de aborto / Una careta de buena conciencia*, Miguel Ángel Porrúa / Instituto Nacional de Ciencias Penales, México, 1991.

es el derecho “a la autodeterminación en materia de maternidad (y consecuentemente de aborto)”.⁹ Para este jurista se trata de un derecho que es “al mismo tiempo fundamental y exclusivo de las mujeres por múltiples y fundadas razones”.

Aunque en México no se ha dado un amplio debate público, gracias a la voluntad política del partido que gobierna la ciudad de México se han logrado avances notables. Sin embargo, este caso comprueba que, cuando no existe una tradición de discutir públicamente los contenidos específicos de la agenda de gobierno, la modernización del tratamiento legal del aborto se da por razones totalmente aleatorias. Como se recordará, desde 1931 en el Distrito Federal no se penalizaba el aborto cuando ponía en riesgo la vida de la mujer, cuando era producto de la violación o cuando se producía accidentalmente. Esta vieja legislación era de avanzada si se le compara con la actual de otros países latinoamericanos. Casi setenta años después, en agosto de 2000, la ciudad de México vivió una reforma que tuvo importantes consecuencias, pues la ampliación de las causas por las que se permitió el aborto llevaría a una controversia constitucional. La reforma que se logró en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, con el papel determinante de la mayoría del PRD y el apoyo del PRI, significó tres ampliaciones: 1) de peligro de muerte se pasó a grave riesgo a la salud de la mujer, 2) se estableció el aborto por malformaciones del producto, y 3) se planteó la invalidez de un embarazo por una inseminación artificial no consentida. Además, se estableció en el Código de Procedimientos Penales que el Ministerio Público sería el encargado de autorizar el aborto cuando éste fuera legal.

Esta reforma fue cuestionada por un grupo de asambleístas del PAN y del PVEM, quienes utilizaron el recurso de acción de inconstitucionalidad a que tiene derecho una tercera parte de los legisladores cuando considera que una reforma legislativa va en contra de los principios de la carta magna. La Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió, un año y cuatro meses después, que no existía tal inconstitucionalidad, por lo que la reforma fue ratificada y la ley llamada “Ley Robles” entró en vigor. A partir de ese momento, tanto la Procuraduría General de Justicia como la Secretaría de Salud del Distrito Federal emitieron diversas normas que regulan los procedimientos, servicios y obligaciones de los servidores públicos respecto a la realización de un aborto legal. Así, la ciudad de México se convirtió en la entidad con la ley más progresista y los procedimientos más claros en materia de interrupción legal del embarazo.

Tres años más tarde, en diciembre de 2003, la Asamblea Legislativa votó nuevas reformas en materia de aborto. Una diputada priista presentó una

⁹ Luigi Ferrajoli, *Derechos y garantías / La ley del más débil*, Editorial Trotta, Madrid, 1999, p. 84.

propuesta para la “despenalización” del aborto en un arranque que más bien parecía una provocación. ¿Por qué el PRI, que jamás se ha interesado en despenalizar el aborto en los congresos donde tiene mayoría, proponía justo, donde es una minoría, una despenalización al vapor? Si el PRD aceptaba la propuesta de “despenalización”, tendría que pagar el costo político, por ser la mayoría que haría posible la reforma; si no la aceptaba, quedaría como que se estaba escabullendo de su compromiso con el tema. Ante la jugada priista, el PRD respondió con inteligencia e hizo otra propuesta, prudente, pero con implicaciones profundas. La iniciativa de ley del PRI tenía serias fallas jurídicas y contradicciones de fondo (como mantener el castigo para los médicos que realizaran la interrupción). Cuando el PRI supo que el PRD preparaba otra propuesta, elaboró una segunda iniciativa, en la cual limitaba a 12 semanas la realización del procedimiento. La legislación mexicana no ha establecido plazos, por lo cual dicha propuesta era improcedente, pues excluía de la posibilidad de un aborto legal a mujeres en quienes se detectan malformaciones del producto pasados los tres meses.

Por otro lado, la propuesta del PRD constaba de una combinación de elementos que iban desde incrementar el castigo para quien hiciera abortar a una mujer sin su consentimiento hasta regular la objeción de conciencia de los médicos, de manera tal que, aunque se reconozca el derecho individual del médico, se garantice el servicio a la mujer que solicita un aborto legal. También propuso modificar la Ley de Salud, señalando que las instituciones públicas de salud debían, en un plazo no mayor de cinco días y de manera gratuita, realizar la interrupción legal del embarazo. Pero la reforma más importante, y que pasó totalmente inadvertida, fue que se eliminó el carácter de delito del aborto. Antes, la ley decía que no se castigaría el delito del aborto si concurrían ciertas circunstancias: grave riesgo a la salud de la mujer, violación, inseminación artificial no consentida, malformaciones graves del producto e imprudencia de la mujer. Con la nueva reforma el aborto ya no es delito en el Distrito Federal cuando su realización se sustente en alguna de las causas mencionadas.

Tan técnica fue esta modificación de los términos jurídicos (“se excluye del delito de aborto”) que hasta los panistas, encantados con el reconocimiento a la objeción de conciencia, votaron a favor de la ley el 26 de diciembre de 2003. La ley entró en vigor, sin que la derecha planteara un recurso de inconstitucionalidad, el 27 de enero de 2004. Con estas reformas y reglamentaciones, la ciudad de México se convierte en la entidad federativa con las leyes más avanzadas en la materia, donde de ser un delito que no se castiga en ciertas circunstancias, el aborto deja de ser delito en esas causales. El matiz es crucial.

Si bien estas reformas van en consonancia con la opinión de los ciudadanos respecto al aborto (más de tres cuartas partes de la ciudadanía lo aprueba

según la encuesta de ARCOP, 1999),¹⁰ no hay que pensar que el tema se resolverá igual en las demás entidades federativas. Todas carecen de mayoría legis-

El consenso básico de las democracias occidentales en torno a que ni el Estado ni las iglesias pueden intervenir en la decisión de un aborto se basa en el respeto a la pluralidad y a la libertad de conciencia

lativa perredista dispuesta a asumir el tema de la maternidad voluntaria, por lo que sólo una sociedad verdaderamente indignada y movilizadora ante una ley anticuada y discriminatoria hará posible que se colapsen los prejuicios contra el aborto y se instaure un tratamiento jurídico respetuoso y socialmente igualitario.

Aunque hay una propuesta moderada para homologar las causales del aborto legal en todo el país, hay resistencia o desinterés de los partidos para modificar la ley en materia de aborto en otros estados. El temor de los políticos tiene nombre y apellido: Iglesia Católica. Ningún partido desea desatar una campaña en su contra desde los púlpitos de la Iglesia Católica, y ningún diputado católico desea ser excomulgado. Menos aún en los estados de la república.

El consenso básico de las democracias occidentales en torno a que ni el Estado ni las iglesias pueden intervenir en la decisión de un aborto se basa en el respeto a la pluralidad y a la libertad de conciencia. Esta perspectiva no acepta un destino impuesto por una voluntad sobrehumana; se apoya en la ciencia para definir los límites neurológicos de la vida consciente y considera que no hay que regirse por leyes divinas, sino por acuerdos sociales.

Las personas que defienden “el derecho a decidir”, que postulan la maternidad como una decisión voluntaria, plantean el aborto como el último recurso de la libertad procreativa de la mujer ante embarazos no deseados, o deseados y con malformaciones graves del producto o que impliquen riesgos para su salud o su vida, pero no se quedan ahí: subrayan que se requiere cambiar el contexto social que condiciona la toma de decisiones de las mujeres y de los hombres. Esto, dicho llanamente, va más allá de simplemente establecer un conjunto de leyes y servicios médicos, hasta hoy insuficientes; supone un rediseño fundamental de la vida social y sus relaciones de procreación. Esta perspectiva define que, en sociedades plurales donde la responsabilidad de los hijos es individual, la condición principal para la decisión de interrumpir o no un embarazo pasa por las libertades individuales. El papel del Estado se limita a garantizar a todas las mujeres el acceso a buenos servicios de aborto en los hospitales públicos.

Quiero concluir este punto señalando que, respecto al aborto legal, es necesario que se reconozca el derecho de la población a beneficiarse del progreso científico y tecnológico, así como el derecho a utilizar el método

¹⁰ ARCOP, *Estudio de opinión pública sobre el aborto en el Distrito Federal*, México, 1999.

abortivo que elijan, estableciendo a cargo del Estado la obligación de reconocer y suministrar todos aquellos métodos cuya eficacia y seguridad estén acreditadas, así como de proporcionar a las personas usuarias el método que constituya la mejor alternativa terapéutica.

El siglo XVIII fue el siglo del condón; el XIX, el del diafragma; el XX, el de la píldora anticonceptiva; y el XXI será el de la píldora abortiva. ¿Qué es la píldora abortiva RU-486? La píldora abortiva (no se confunda con la llamada píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia) es el medicamento mediante el cual se realiza el aborto farmacológico o aborto medicamentoso. Su atractivo es que permite interrumpir un embarazo dentro de las primeras nueve semanas de gestación sin necesidad de hospitalización ni intervención quirúrgica. Es un método seguro, de alta efectividad, y los estudios al respecto demuestran que 95 por ciento de los abortos inducidos por esta vía han sido exitosos. La píldora abortiva contiene mifepristona, una sustancia que provoca el aborto al bloquear la acción de la progesterona. Junto con una dosis de prostaglandinas, interrumpe el desarrollo de la placenta y estimula las contracciones uterinas. Como resultado, se produce la salida del tejido embrionario de manera similar a lo que ocurre en un aborto espontáneo. Es importante someterse a una revisión ginecológica posterior para garantizar que la expulsión se haya realizado completamente.

La creación de la RU-486 es un parteaguas para la libertad procreativa de las mujeres, pues el aborto deja de depender de una tercera persona y pasa a convertirse en un procedimiento mucho más simple y accesible, casi autónomo. Con la píldora abortiva se podría dejar en las mujeres la plena responsabilidad de una decisión privada que, para evitar complicaciones, debería ir seguida de una revisión médica que verifique que la expulsión se realizó totalmente. Pero, a pesar de que fue creada en 1980 (por los laboratorios franceses Roussel-Uclaf), hasta la fecha su uso está controlado por el cuerpo médico, muy en sintonía con una actitud paternalista que trata a las pacientes como menores de edad o infradotadas.

Los primeros países que la usaron abiertamente fueron Francia y China en 1988; luego siguió Inglaterra en 1991 y Suecia en 1992; actualmente se usa en Israel y Nueva Zelanda, y en todos los países de la Unión Europea, excepto Irlanda. La Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos la aprobó en septiembre de 2000, veinte años después de su creación, con lo cual se convirtió en el ejemplo más escandaloso de un medicamento que tarda más de dos décadas en estar a disposición de los usuarios estadounidenses, acostumbrados a contar con los adelantos científicos tan pronto como se producen. Que las autoridades sanitarias de los Estados Unidos la permitieran con más de diez años de retraso frente a Europa (curiosamente el 28 de septiembre, Día por la Despenalización del Aborto en América Latina) fue una victoria

política para Clinton y los demócratas. La decisión de las autoridades sanitarias de aceptar el uso de la RU-486 generó gran debate político. Los atentados contra las clínicas donde se practican legalmente los abortos asustaron a las empresas farmacéuticas estadounidenses, e incluso a los fabricantes franceses (Roussel-Uclaf) y fue una organización no gubernamental la que solicitó el permiso para su distribución. La FDA fue presionada por grupos “provida”, y los congresistas más conservadores anunciaron iniciativas para limitar al máximo el uso del nuevo medicamento.

Este fármaco, recomendado por la Organización Mundial de la Salud, está suficientemente probado desde hace veinte años y sin embargo no llega, en su versión controlada, más que a un mínimo porcentaje de mujeres en todo el mundo: las cuestiones ideológicas en torno al aborto han sido un obstáculo insalvable. Aunque la píldora abortiva es una alternativa médica muy segura, no hay una comercialización abierta: sólo se consigue en la consulta con el médico, no en las farmacias.

Con ella, cientos de miles de mujeres podrían disfrutar del beneficio del desprendimiento embrionario (como un aborto espontáneo) sin intervención quirúrgica, lo cual abatiría también problemas provocados por causas diversas:

- ✕ la falta de clínicas en zonas rurales
- ✕ el exceso de demanda en los servicios de salud
- ✕ la llamada “objeción de conciencia” del personal sanitario

Entre sus ventajas se encuentran la de bajar los costos hospitalarios, la de reducir el riesgo por el plazo más temprano y la de relevar al personal de salud de realizar la intervención. En los Estados Unidos se piensa que de esta manera se evitarán las constantes agresiones a los centros de aborto legal por parte de los grupos fundamentalistas, ya que una mujer que toma la píldora en el consultorio de su ginecólogo y luego asiste a una visita posterior no va a dar pistas a los fundamentalistas de que piensa hacerse un aborto.

El manejo de los gobiernos de los países europeos de la píldora abortiva es sustancialmente distinto. Por ejemplo, la política del Reino Unido es facilitar el acceso a la píldora abortiva para reducir los abortos quirúrgicos (que constituyen 80 por ciento del total), tanto por sus riesgos como por sus costos. El gobierno británico ha decidido poner en marcha un plan piloto para facilitar el acceso a la píldora abortiva, y acortar el plazo de cinco semanas que las mujeres tienen que esperar con las normas actuales, desde que deciden abortar hasta que lo hacen. El proyecto incluye repartir condones y píldoras anticonceptivas en las escuelas, para reducir la alta tasa de embarazos juveniles. Aunque está comprobado que las razones para abortar son dictadas por las circunstancias personales de las mujeres más que por la facilidad de acceso a los medios, los grupos conservadores denuncian que la comodidad implícita en el uso de la RU-486 incrementará los abortos.

No es difícil imaginar un futuro en el que la comercialización de la píldora permita a las mujeres tomar íntimamente la decisión de un aborto, para luego presentarse a un centro de salud a consulta ginecológica, sin necesidad de permisos ni explicaciones de ningún tipo. En el marco de los horrores del aborto clandestino, y de las constantes luchas de las mujeres para tener acceso a un aborto legal, la prohibición y el control sobre la RU-486 se perfilan como el pánico del poder patriarcal a que las mujeres tomen en sus manos el aborto. La RU-486, disponible en Europa, los Estados Unidos, China y otros países, no está al alcance de las mujeres latinoamericanas, ni siquiera en su versión controlada en el consultorio del médico. La fuerza de la Iglesia Católica en la región ha sido y sigue siendo un elemento disuasorio para que los gobiernos latinoamericanos liberalicen sus leyes e introduzcan este tipo de técnicas.

Hoy en día, la cuestión crucial sobre el aborto se centra en determinar quién decide si los seres engendrados nacen o no. La disyuntiva marca dos campos: el de quienes, sin asumir la responsabilidad cotidiana de su crianza, tienen el poder para impedir o favorecer que se den esos nacimientos, y el de quienes los tendrán que asumir afectiva y económicamente en el día a día. Como la consigna de El Vaticano de aceptar “todos los hijos que Dios mande” no está respaldada materialmente por ninguna instancia de la Iglesia Católica y como ningún Estado garantiza tampoco las condiciones básicas para una vida digna a esos hijos, ni está dispuesto a solventar los costos económicos que dicho anhelo requiere, tener o no tener hijos se vive como una decisión individual.

En la actualidad ningún país cuenta con un sistema social que se haga cargo económicamente de todas las criaturas que nacen y que, al mismo tiempo, permita que los progenitores continúen su relación afectiva con ellas. Al gestar una criatura, los progenitores deberán asumir en forma privada e individual su crianza. Existen algunos apoyos estatales en las sociedades desarrolladas que requieren alentar el crecimiento de su población. Pero no existe la opción de entregar a los hijos a una institución para que los alimente y eduque, y que, al mismo tiempo, quienes los gestaron sostengan una relación afectiva con ellos. Tampoco existe la posibilidad de “devolución” de un hijo, aunque el abandono, penalizado legalmente, es una práctica frecuente: en los orfanatos destinados a recoger criaturas huérfanas se encuentran muchas que han sido abandonadas. Como las consecuencias de la procreación son de por vida, las personas tienen cada vez más cautela en eso de tener hijos. Que la crianza sea una responsabilidad individual incide en la consideración del aborto como una decisión privada. Ningún Estado tiene interés en asumir los costos sociales¹¹ y económicos que significa criar hijos rechazados por sus

¹¹ Para un impactante estudio comparativo de la vida de hijos deseados y no deseados véase: Anilú Elías y Hortensia Moreno, *Hijos no deseados*, Edamex, México, 1991.

La liberalización de las legislaciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo tiene que ver fundamentalmente con el carácter privado de la responsabilidad sobre los hijos. Si tenerlos es una decisión privada, también no tenerlos lo es

progenitores. La liberalización de las legislaciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo tiene que ver fundamentalmente con el carácter privado de la responsabilidad sobre los hijos. Si tenerlos es una decisión privada, también no tenerlos lo es. Por eso, desde la mitad del siglo xx han ido en aumento las reformas legislativas y judiciales que les reconocen a las mujeres la legitimidad de interrumpir los embarazos no deseados. A finales del siglo xx, un vistazo al panorama mundial en materia de reglamentaciones

sobre la práctica del aborto permitía apreciar una tendencia mundial hacia la despenalización.¹²

Así encontramos que, a principios del siglo xxi, para más de tres cuartas partes de la población del mundo se permite el aborto por voluntad de la mujer, por factores sociales y económicos y por motivos médicos amplios (aquí se encuentran las democracias más avanzadas, además de algunos países de lo que se llamó el bloque socialista); para cerca de 15 por ciento está permitido únicamente para salvar la vida de la mujer (en este grupo están la mayoría de los países islámicos, casi todos los de América Latina, una mayoría de países africanos y solamente Irlanda, entre los europeos); y tan sólo en el 10 por ciento restante está prohibido totalmente.¹³ México, que reglamentó constitucionalmente en 1873 la separación de la Iglesia Católica y el Estado, tiene una legislación avanzada en comparación con la de otros países latinoamericanos.

Aunque en el fenómeno actual del aborto hay un manojo de cuestiones que están imbricadas, para desentrañarlas hay que responder una pregunta fundamental: ¿por qué hay abortos? La respuesta es sencilla: el aborto es la manera ancestral que tienen las mujeres para resolver el conflicto de un embarazo no deseado. Pero, entonces, ¿por qué en pleno siglo xxi hay embarazos no deseados? Hasta donde se ve, hay tres tipos de causas: a) las que tienen que ver con la condición humana: olvidos, irresponsabilidad, violencia y

¹² Véase: José Luis Ibáñez, *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX, Siglo XXI de España Editores*, Madrid, 1991.

¹³ La relación del Center for Reproductive Rights enumera 40 países donde en el año 2003 estaba absolutamente prohibido interrumpir el embarazo: Andorra, Angola, Benín, Bután, República Centroafricana, Chad, *Chile*, *Colombia*, Congo, República Democrática del Congo, *República Dominicana*, Egipto, *El Salvador*, Filipinas, Gabón, Guinea-Bissau, *Haití*, *Honduras*, Irán, Irak, Laos, Lesotho, Madagascar, Malí, Malta, Islas Marshall, Mauritania, Mauricio, Micronesia, Mónaco, Níger, Omán, Palau, San Marino, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Somalia, Surinam, Suazilandia, Togo, y Tonga. (Mis cursivas marcan los seis países latinoamericanos y del Caribe.)

deseos inconscientes (aquí juegan un papel protagónico las violaciones sexuales y los “descuidos” o errores individuales); *b*) las que se relacionan con carencias sociales, en especial, la ausencia de amplios programas de educación sexual –lo que se traduce en una ignorancia procreativa generalizada y el acceso restringido (por motivos económicos y sociales) a los métodos anticonceptivos modernos; y *c*) las relativas a fallas de los métodos anticonceptivos.

Tal vez el primer conjunto sea el más complicado de enfrentar, pues, aunque se pudieran erradicar las fallas técnicas o educar totalmente a la población, difícilmente se podría transformar la condición humana: los seres humanos no somos perfectos, y los olvidos, descuidos y errores son parte constitutiva de nuestra naturaleza. Además, no sólo errores, descuidos, ignorancia o violencia sexual producen embarazos no deseados, también el peso de la subjetividad en los procesos sexuales y procreativos es un elemento inapelablemente definitorio: los deseos inconscientes cuentan. Como cualquier esfuerzo por controlar el inconsciente de las personas está destinado al fracaso, y todo intento de reglamentar la vida síquica es, al menos hoy en día, imposible, hay que resignarse a remediar ese tipo de embarazos.

No es posible formular la complejidad de las cuestiones asociadas con la interrupción voluntaria del embarazo en un maniqueo posicionamiento de “a favor” o “en contra”. ¿Quién puede estar “a favor” del aborto?

Abordar estos problemas implica enfrentar los dilemas actuales que nos plantean el desarrollo, la ciencia, la razón y la libertad. No es posible formular la complejidad de las cuestiones asociadas con la interrupción voluntaria del embarazo en un maniqueo posicionamiento de “a favor” o “en contra”. ¿Quién puede estar “a favor” del aborto? Todas las personas coincidimos en el deseo de que nunca más una mujer tenga que abortar. Nadie en su sano juicio puede estar “a favor”, así, en abstracto. Por otro lado, ¿qué significa estar “en contra”? ¿Acaso se pretende impedir que las mujeres violadas aborten, u obligar a que las que tienen embriones con patologías graves tengan que llevar a término sus embarazos, o que las embarazadas en peligro de morir sean sacrificadas por la llegada de una nueva vida?

Tener la posibilidad de ser congruente con las propias creencias, sin que la carencia de recursos económicos o informativos se convierta en una causa de enfermedad, de riesgo de muerte o de extorsión económica, introduce la cuestión de la justicia social. En nuestro país, no todas las mujeres tienen igualdad de oportunidades para interrumpir un embarazo no deseado, y esto se agrava si lo hacen de manera ilegal. En contraste con quienes sí tienen medios o información para tener acceso a abortos ilegales en óptimas condiciones, la gran mayoría de quienes recurren a manos clandestinas se

arriesga y es maltratada psicológicamente, además de que paga sumas totalmente desproporcionadas. El sector más pobre sufre las complicaciones y la fatalidad de los abortos mal practicados. Aparte, las dramáticas secuelas de las mujeres que llegan a los hospitales públicos en pésimas condiciones por

Cuando cada innovación tecnológica relativa a la procreación suscita dudas y temores, y cada fallo jurídico o reforma legislativa causa agitaciones, ¿qué es lo que está en juego? Ciertamente en los urgentes deseos de interrumpir la gestación de un nuevo ser se reformula algo nodal: concepciones sobre la vida, lo humano, lo ético

abortos mal practicados ocasionan un gasto económico escandaloso, muy superior al que significaría practicarles a esas mismas mujeres un buen aborto en esas mismas instituciones públicas.

¿Se puede cerrar los ojos ante el riesgo ocasionado por la flagrante desigualdad de acceso a buenos servicios clandestinos de aborto? Un objetivo de la despenalización de esta práctica es eliminar la injusticia social que genera la ilegalidad y atenuar los altos costos humanos, económicos y sanitarios concomitantes.

Todas las personas deseamos que se terminen los abortos. El asunto es que discrepamos radicalmente en cómo lograr ese objetivo compartido: unas personas piensan que hay que prohibir todos los abortos, mientras que otras pensamos que hay que despenalizar esa práctica. Aunque ambas posturas sostienen que es importante prevenir los abortos, una aboga por una amplia educación sexual y una gran difusión de los métodos anticonceptivos, en tanto que la otra argumenta que es preciso restringir la actividad sexual a su práctica dentro del matrimonio, que el único método anticonceptivo válido es el ritmo y que la abstinencia sexual es la única opción legítima para los jóvenes. Las cifras de embarazo adolescente e iniciación de la vida sexual juvenil fortalecen mi escepticismo respecto de las vanas ilusiones de los conservadores. La fuerza de la pulsión sexual es avasalladora, y las fallas humanas, sociales y técnicas producen cientos de miles de embarazos no deseados cada año, gran parte de los cuales siguen siendo interrumpidos de manera ilegal.

El punto central de la defensa de la vida está, creo yo, en otra parte. Mientras se acepte sin cuestionar el uso que se da al concepto *vida*, formulado de manera unívoca desde la perspectiva católica, no saldremos del atolladero en el que la discusión está empantanada. Desde una perspectiva laica hay que contraponer una mirada que toma en consideración otros elementos, como la calidad de la vida, la responsabilidad individual y la libertad, y que se apoya en la diferencia entre vida vegetativa y vida consciente, basada en la actividad cerebral. Por eso el debate ético en torno al aborto no conduce a establecer un manual de reglas o prohibiciones, sino que lleva a replantear el sentido de la existencia.

Cuando cada innovación tecnológica relativa a la procreación suscita dudas y temores, y cada fallo jurídico o reforma legislativa causa agitaciones, ¿qué es lo que está en juego? Ciertamente en los urgentes deseos de interrumpir la gestación de un nuevo ser se reformula algo nodal: concepciones sobre la vida, lo humano, lo ético. Eso agudiza conflictos religiosos y políticos, y remite, indefectiblemente, a revisar los conceptos y creencias que tenemos, no únicamente acerca de la procreación y su interrupción, sino, por encima de todo, acerca de la libertad.

Pero si en verdad los derechos sexuales y reproductivos fueran exigibles, una demanda de los jóvenes, de la que casi no se habla, y habría que empezar a difundir, es la de contar con espacios seguros y baratos para tener relaciones sexuales. La creación de hoteles especiales para jóvenes, donde se pudiera además impartir información puntual sobre métodos anticonceptivos, sería sin duda una manera de disminuir los embarazos adolescentes y los abortos clandestinos.

Hay que trabajar para prevenir (con información y anticoncepción) y para remediar (con abortos legales y seguros). Como lo demuestran los recientes cambios legislativos en el Distrito Federal, es posible mover las fronteras de lo permitido. El proceso de cambiar los límites tiene que ver, además de con la voluntad política de un partido de ser consecuente con su plataforma, con la realidad contundente de las mujeres que abortan. Si bien la congruencia ético política de un Estado laico por sí sola debería llevar a ajustar la legislación, en México y en otros países latinoamericanos esto se logrará con la presión de los grupos de la sociedad, entre los cuales deberán estar las y los adolescentes.

Bibliografía

- ARCOP: *Estudio de opinión pública sobre el aborto en el Distrito Federal*, México, 1999.
- CANO, Gabriela: "Una perspectiva del aborto en los años treinta: la propuesta marxista", en *Debate Feminista*, núm. 2, septiembre de 1990.
- COHEN, Jean L.: "Para pensar de nuevo la privacidad: la autonomía, la identidad y la controversia sobre el aborto", en *Debate Feminista*, núm. 19, abril de 1999.
- COOK, Rebecca: "Leyes y políticas sobre el aborto: retos y oportunidades", en *Debate Feminista*, núm. 3, marzo de 1991.
- CORNELL, Drucilla: *The Imaginary Domain / Abortion, Pornography and Sexual Harrasment*, Routledge, Nueva York, 1985.
- DE LA BARREDA, Luis: *El delito de aborto / Una careta de buena conciencia*, Miguel Ángel Porrúa / Instituto Nacional de Ciencias Penales, México, 1991.

DUDEN, Barbara: *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*, Harvard University Press, Cambridge, 1993.

DWORKIN, Ronald: *Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*, Knopf, Nueva York, 1993.

El País: “Por la puerta trasera”, Editorial, 14 de febrero de 2000; “Los ginecólogos británicos piden que se trate el aborto como servicio básico de la sanidad”, 13 de marzo de 2000; “El 39% de las españolas que quedan embarazadas entre los 15 y 19 años abortan voluntariamente”, 5 de agosto de 2000; “Aborto adolescente”, Editorial, 11 de agosto de 2000; “EEUU aprueba que los doctores faciliten la píldora abortiva”, 29 de septiembre de 2000; “Un tribunal francés indemniza a un joven por haber nacido minusválido”, 18 de noviembre de 2000; “Las adolescentes podrán abortar en Francia sin permiso paterno”, 1 de diciembre de 2000; “Aborto libre, pero en guetos y bajo vigilancia”, 12 de octubre de 2001; “El aborto juvenil aumenta el 74% en una década por encima de la fuerte alza general”, 12 de octubre de 2001; “El derecho a no nacer”, 29 de noviembre de 2001; “La ministra de Sanidad de España aconseja a los adolescentes usar preservativos ante el aumento de abortos”, 18 de enero de 2002; “Aborto inseguro”, Editorial, 29 de enero de 2002; “El Reino Unido facilita el acceso a la píldora abortiva para reducir los abortos quirúrgicos”, 8 de julio de 2002; “Ella decide”, Editorial, 5 de octubre de 2002.

ELÍAS, Anilú y Hortensia Moreno: *Hijos no deseados*, Edamex, México, 1991.

FERRAJOLI, Luigi: *Derechos y garantías / La ley del más débil*, Editorial Trotta, Madrid, 1999.

GIRE: *Miradas sobre el aborto*, México, 2000.

GIRE: *Leyes sobre el aborto / Los avances en la ciudad de México*, Hoja informativa, México, marzo de 2004.

HURST, Jane: *La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia Católica*, Serie publicada por Católicos por el Derecho a Escoger, Montevideo, 1992.

IBÁÑEZ, José Luis: *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX, Siglo XXI de España Editores*, Madrid, 1993.

KISSLING, Frances: “La disidencia católica basada en la conciencia” en *Debate Feminista*, núm. 10, septiembre de 1994.

LAMAS, Marta: *Política y reproducción / Aborto: la frontera del derecho a decidir*, Plaza y Janés, México, 1991.

MACKLIN, Ruth: “Contemporary Ethical Issues: Abortion”, en Warren T. Reich (editor), *The Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan Publishing Co., Nueva York, 1995².

MARTÍN Mateo, Ramón: *Bioética y derecho*, Ed. Ariel, Barcelona, 1987.

MATEOS Cándano, Manuel: “Aspectos médicos y de salud”, en *El problema del aborto en México*, Luisa María Leal (coord.), Miguel Ángel Porrúa, México, 1980.

- MONSIVÁIS, Carlos: "De cómo un día amaneció Pro Vida con la novedad de vivir en una sociedad laica", en *Debate Feminista*, núm. 3, septiembre de 1991.
- MORALES Aché, Pedro Isabel: "Los derechos sexuales y reproductivos y los servicios de salud", mimeo, México, 2004.
- PÉREZ Tamayo, Ruy: "Sobre el aborto" en *La Jornada*, 25 de febrero de 1991.
- PICK de Weiss, Susan y Marta Givaudan: "El aborto inducido y su despenalización en cuatro localidades" en *Este País* núm. 8, noviembre de 1991.
- PONIATOWSKA, Elena: *Las mil y una... La herida de Paulina*, Plaza y Janés, México, 2000.
- PORTUGAL, Ana María (editora): *Mujeres e iglesia: sexualidad y aborto en América Latina*, Católicas por el Derecho a Decidir, Distribuciones Fontamara, 1989.
- SOBERÓN Acevedo, Guillermo: "Nuevos frentes del humanismo en la práctica médica", ponencia presentada en el Congreso Internacional de Bioética en Pediatría, Instituto Nacional de Pediatría, México, 1993.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE: *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, The Alan Guttmacher Institute, Nueva York, 1994.
- UBALDI Garcete, Norma: "Sobre aborto y políticas públicas", en *debate feminista* núm. 27, México, abril de 2003.
- VALDÉS, Margarita (editora): *Controversias sobre el aborto*, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM, México, 2001.
- VÁZQUEZ, Rodolfo: *Del aborto a la clonación / Principios de una bioética liberal*, Fondo de Cultura Económica, México, 2004.
- VILLORO, Luis: "¿Debe castigarse el aborto? I y II" en *La Jornada*, 11 de enero de 1991 y 12 de enero de 1991.

Derechos sexuales y reproductivos en México

Posición de legisladoras
y legisladores mexicanos

Daptnhe Cuevas

159

Esta ponencia presenta los resultados del caso de México de una entrevista realizada a legisladores de diversos países. En México, el Grupo Interamericano sobre Población y Desarrollo contactó a la organización civil Equidad de Género, quien aceptó y canalizó esta tarea al Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad, A.C., por considerar que esta organización era la ideal para llevar a cabo dicha tarea, dada su labor de seguimiento al Poder Legislativo.

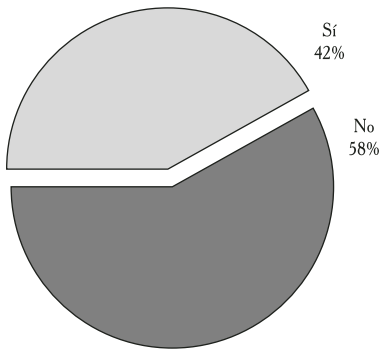
Para el Consorcio, mi organización, fue una oportunidad de oro: el Grupo Parlamentario Interamericano nos presentó una herramienta que nos permite acercarnos a la percepción de las y los legisladores en México sobre los temas que son de interés central para nosotros: los derechos sexuales y reproductivos, y además en un momento muy importante, cuando la LIX Legislatura se estaba iniciando. Tenía tres meses de haber comenzado sus trabajos; quiere decir que era el momento ideal para acercarnos, para saber cuáles eran los intereses de los legisladores y cuáles eran las demandas de información, para saber hacia dónde podríamos trabajar de manera conjunta con el Poder Legislativo.

La muestra con la que aplicamos la entrevista consistió en cinco por ciento de los miembros del Congreso de la Unión, es decir, Cámara de Diputados y Senado. La muestra respeta irrestrictamente la proporcionalidad de los grupos parlamentarios, por sexo y por cámara de origen.

Al hacer el análisis de la información que emanó de estas entrevistas, parte se diferenció por sexo, porque hay diferencias muy notables entre lo que dicen las legisladoras y lo que dicen los legisladores, o por partido político. No hicimos diferencia por edad porque no se dio una variación muy importante, ya que la edad era muy homogénea. Sin embargo, al final aseveraremos que los jóvenes y las jóvenes que respondieron esta entrevista tienen posiciones mucho más abiertas a tocar estos temas.

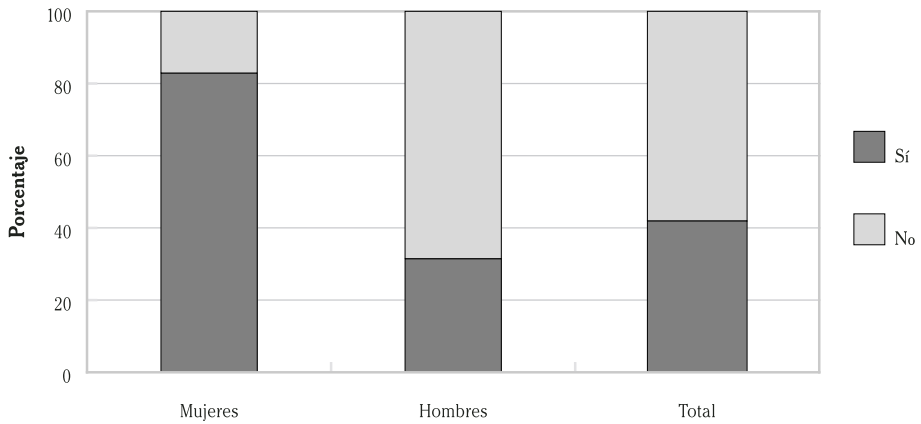
Coordinadora de Enlace
con el Legislativo
del Consorcio para
el Diálogo Parlamentario
y la Equidad, A.C.

Gráfica 1. Experiencia de legisladoras/es en materia de derechos sexuales y reproductivos (muestra total: 31 entrevistas)



- ✕ Esta falta de experiencia provoca a lo largo de la encuesta indefiniciones en diferentes temas
- ✕ El porcentaje de los que declaran tener “alguna experiencia” en estos temas incorpora a quienes dijeron haber denunciado algún abuso y/o haber participado en debates al respecto

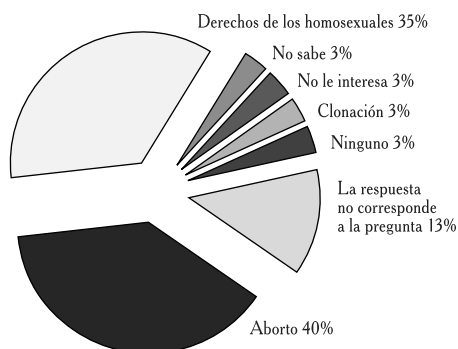
Gráfica 2. Experiencia de legisladoras/es en el tema de los derechos sexuales y reproductivos por sexo



- ✕ De los 13 legisladores con experiencia, cinco son mujeres y ocho hombres. Las mujeres sólo representan 19 por ciento de la muestra total (la proporción que tienen en el Congreso), por lo que su participación no alcanza a modificar la tendencia definida por los legisladores hombres

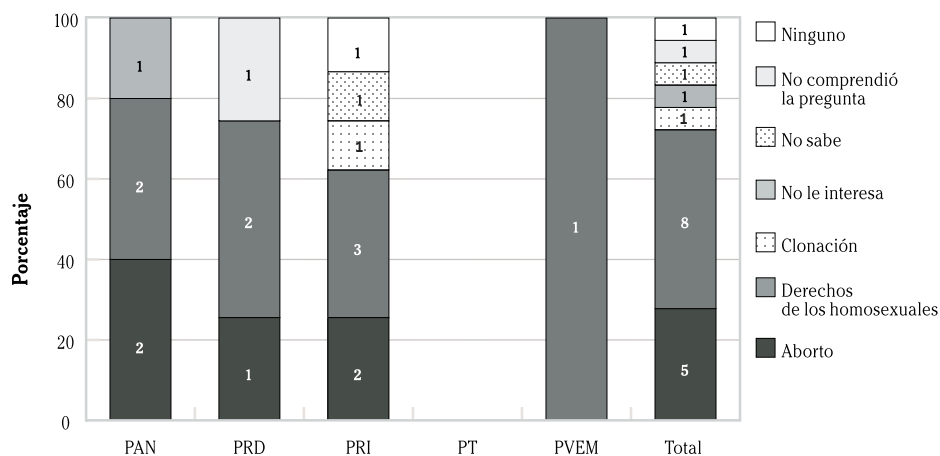
Gráfica 3. Temas más controvertidos
(muestra total: 31 entrevistas)

✕ El aborto y lo derechos de los homosexuales son los temas más controvertidos según los legisladores; sin embargo, 25 por ciento responde de manera incierta y no manifiesta interés por ningún tema en particular; esta indefinición se profundiza a lo largo de la entrevista



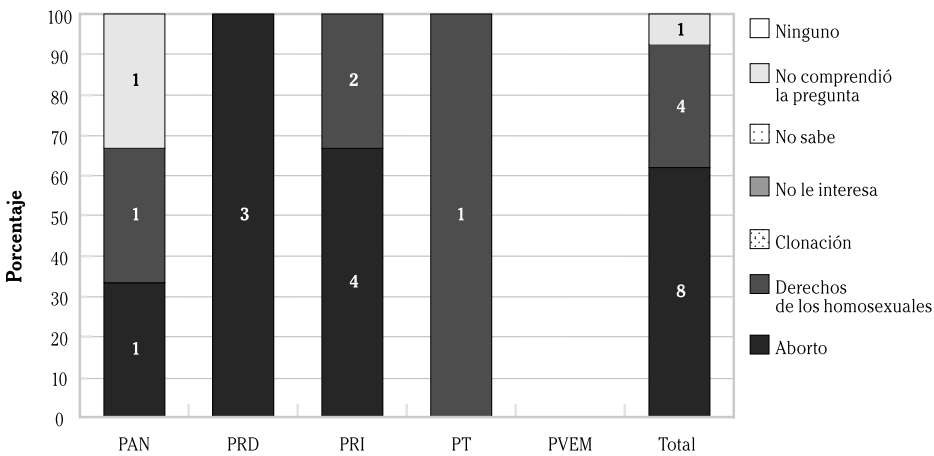
161

Gráfica 4. Tema principal según legisladoras/es sin experiencia (18)



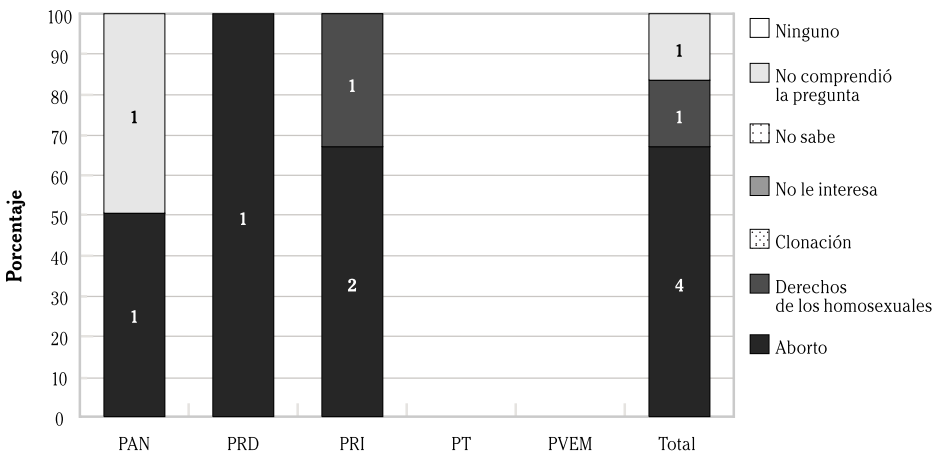
✕ El tema más importante en el caso de los legisladores sin experiencia es el vinculado con los derechos de los homosexuales (40 por ciento)

Gráfica 5. Tema principal según legisladoras/es con experiencia (13)

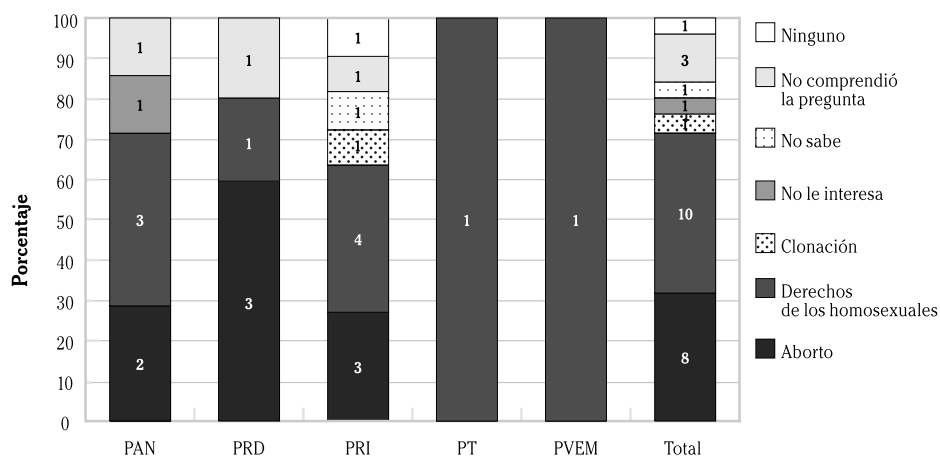


✕ Los legisladores con experiencia en materia de derechos sexuales y reproductivos muestran una mayor definición en cuanto al tema del aborto (61.5 por ciento)

Gráfica 6. Tema principal según legisladoras (6)



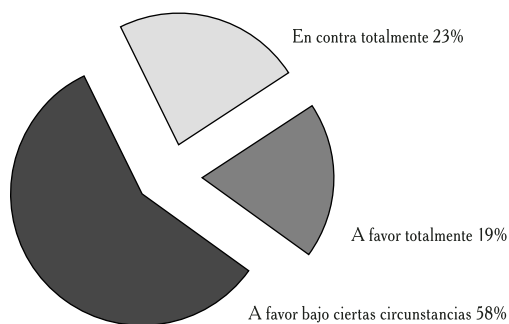
Gráfica 7. Tema principal según hombres legisladores (25)



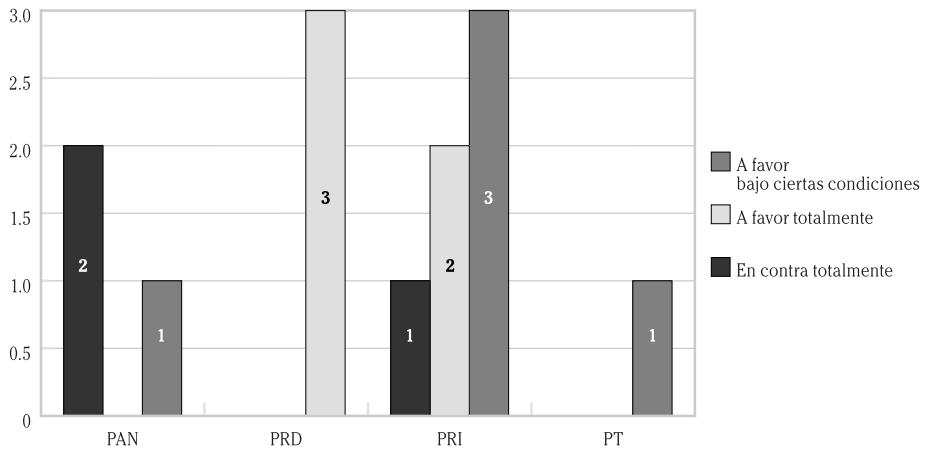
- ✕ La percepción en el caso de las mujeres es más definida, gira alrededor del aborto (67 por ciento); mientras que en los hombres la dispersión es mayor y el tema más controvertido es el de los derechos de los homosexuales (40 por ciento)

Gráfica 8. Posición con respecto a la despenalización del aborto (muestra total: 31 entrevistas)

- ✕ Hay un ligero equilibrio entre las posiciones a favor y en contra, cargado hacia la última; 58 por ciento está a favor con reservas (vale la pena subrayar que este grupo mayoritario es renuente a las causales que involucran la “decisión única de la mujer”)

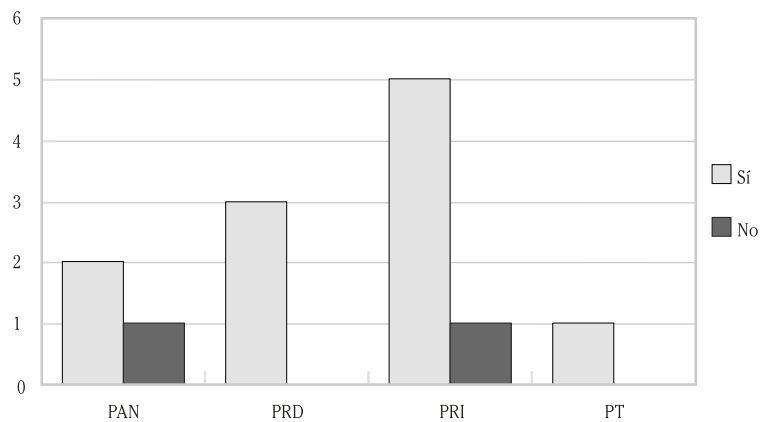


Gráfica 9. Posición de legisladoras/es con experiencia, en relación con el aborto (13)

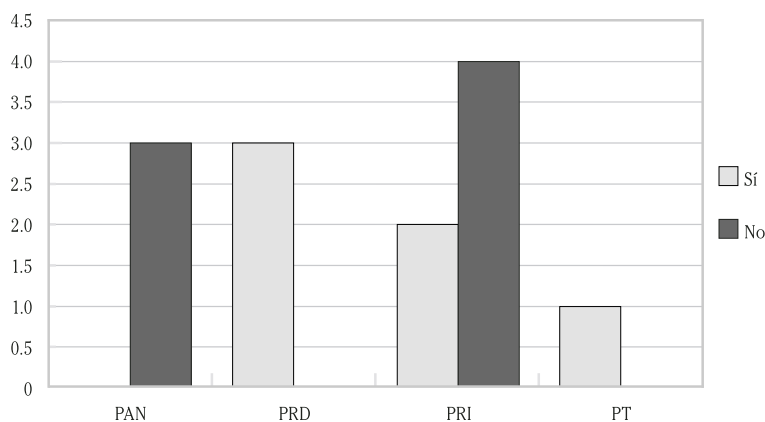


- ✕ Los legisladores con experiencia muestran una tendencia más definida, tanto a favor como en contra
- ✕ La fracción del PRI presenta de manera mayoritaria una tendencia “a favor bajo ciertas condiciones”

Gráfica 10. Posición de legisladores/as con experiencia (13), en relación con el aborto en caso de violación

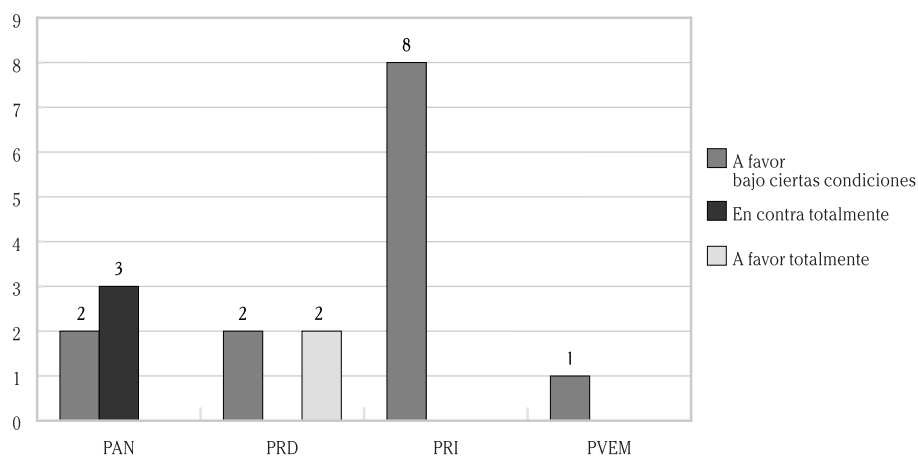


Gráfica 11. Posición de legisladoras/es con experiencia (13), en relación con el aborto por razones económicas



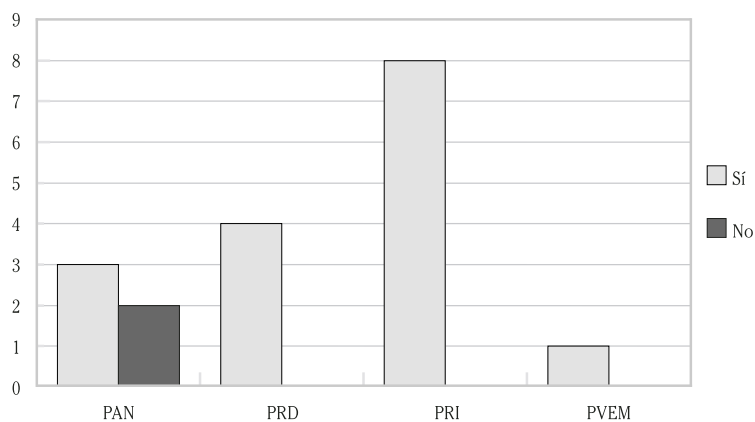
✕ Cuando se trata de una circunstancia ajena a la decisión personal de la mujer, la gran mayoría está de acuerdo; en el caso de las razones económicas, la tendencia es a conculcar ese derecho

Gráfica 12. Posición de legisladoras/es sin experiencia, en relación con el aborto (18)

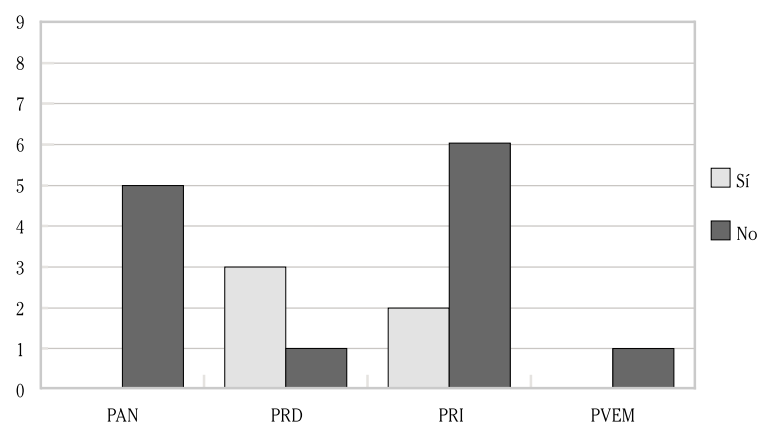


✕ La mayoría de los legisladores sin experiencia (72 por ciento) responden estar “a favor (del aborto) bajo ciertas condiciones”

Gráfica 13. Posición de legisladoras/es sin experiencia (18), en relación con el aborto en caso de violación

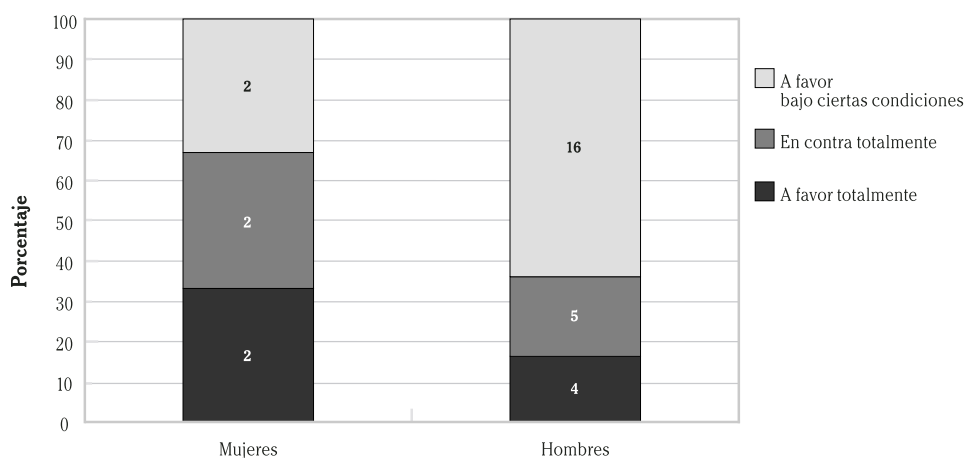


Gráfica 14. Posición de legisladoras/es sin experiencia (18), en relación por razones económicas



✕ La tendencia es exactamente la misma que en el caso de los legisladores con experiencia; aceptación en caso de violación y rechazo en el caso que involucra la “decisión de la mujer”

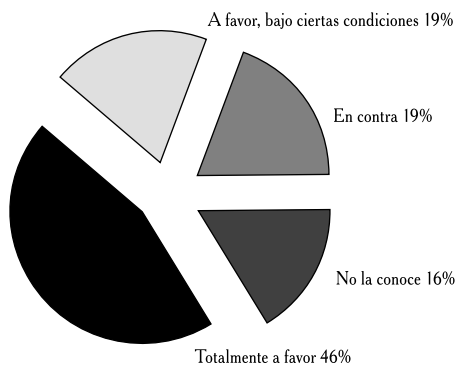
Gráfica 15. Posición de legisladores/as según sexo en relación con el aborto



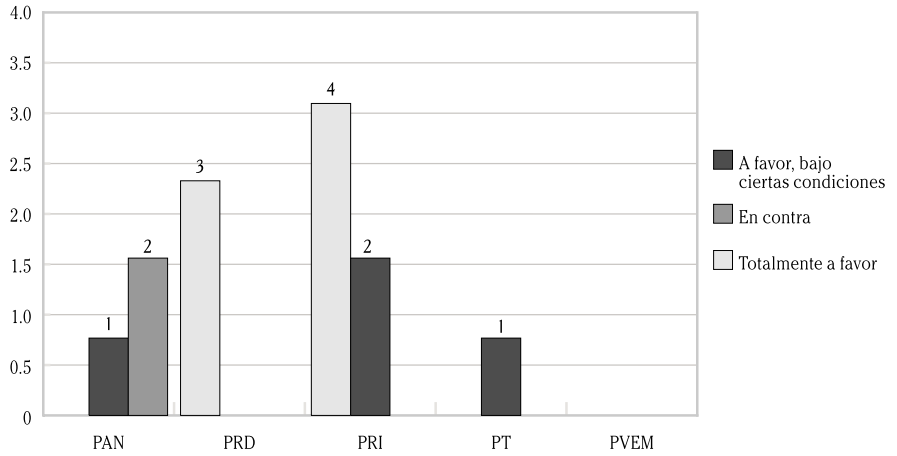
- ✕ Se observa que, en el caso de las mujeres, las posiciones están equilibradas y en el caso de los hombres el espacio de “incertidumbre” alcanza 64 por ciento; mientras que las posiciones a favor bajo cualquier circunstancia son sólo de 16 por ciento, lo que contrasta con 33.33 por ciento en el caso de las mujeres

Gráfica 16. Posición de legisladoras/es en relación con la anticoncepción de emergencia (AE) (muestra total: 31)

- ✕ A diferencia de la posición frente al aborto, la mayoría (46 por ciento) se inclinan a favor de la AE; 16 por ciento de los legisladores desconoce este método
- ✕ Los que manifestaron estar totalmente en contra argumentaron que el método era abortivo o generaba graves daños a la salud de la mujer

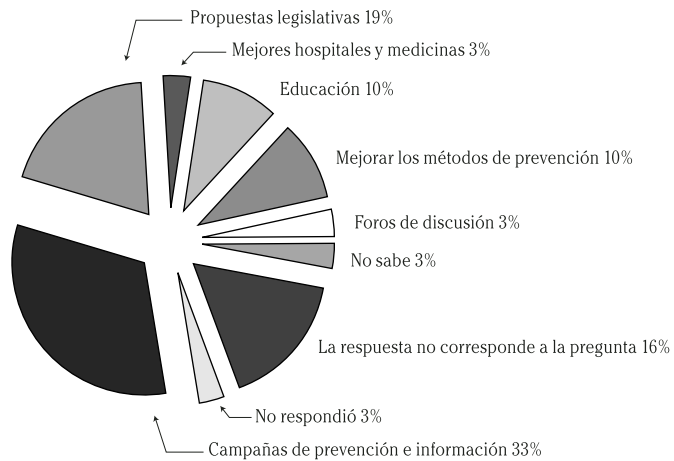


Gráfica 17. Posición de legisladoras/es con experiencia en relación con la anticoncepción de emergencia, por partido político



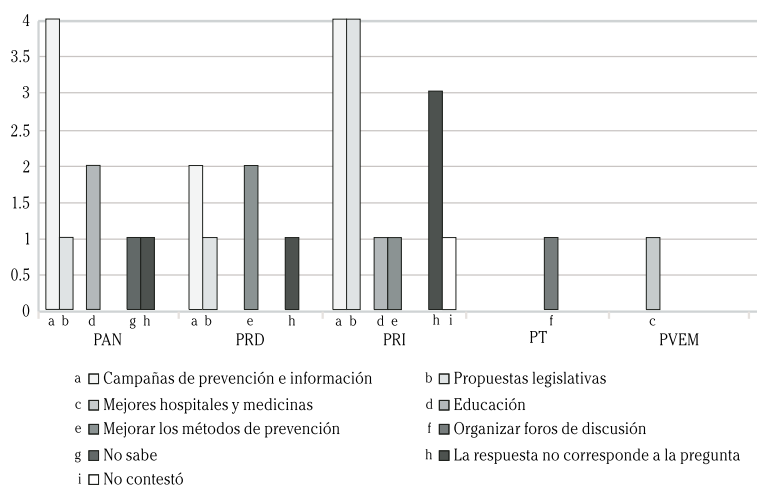
✕ Es importante destacar que todos los legisladores con experiencia tienen información sobre el tema

Gráfica 18. Propuestas para combatir las infecciones de transmisión sexual (muestra total: 31 entrevistas)



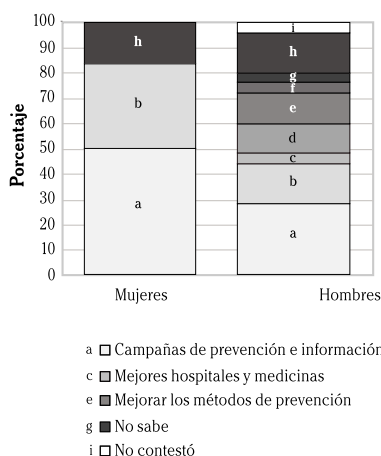
✕ Sólo 19 por ciento respondió propuestas legislativas; el resto son del ámbito de las políticas públicas

Gráfica 19. Propuestas para combatir las infecciones de transmisión sexual, por partido político (muestra total: 31 entrevistas)

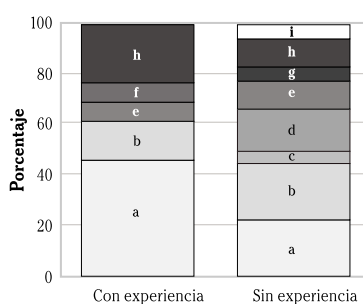


✂ Llama la atención la cantidad de respuestas que no corresponden a la pregunta: 16 por ciento

Gráfica 20. Propuestas, por sexo, para combatir las infecciones de transmisión sexual



Gráfica 21. Propuestas para combatir las infecciones de transmisión sexual, por experiencia del legislador/a



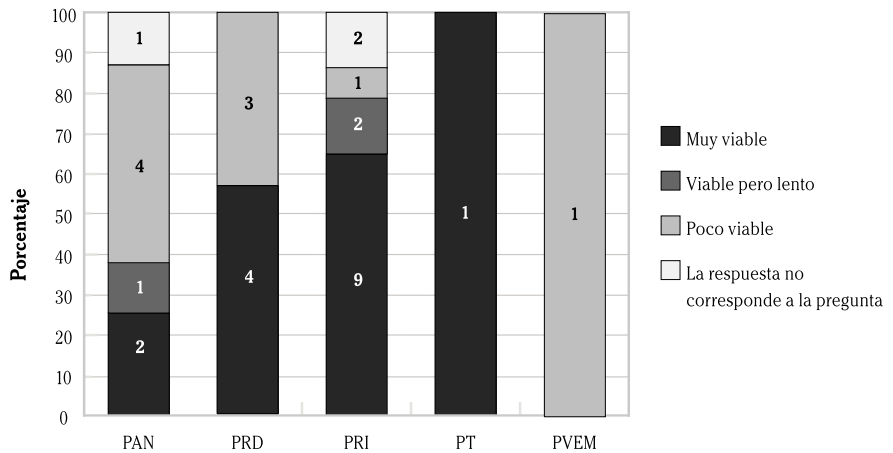
✂ En esta pregunta, ni las mujeres ni los hombres legisladores con experiencia hicieron propuestas concretas

✂ En su mayoría apelan a las campañas de prevención e información y a las propuestas legislativas en abstracto

Gráfica 22. Posición de legisladoras/es con respecto a la factibilidad de legislar sobre la materia de derechos sexuales y reproductivos (muestra total: 31 encuestas)

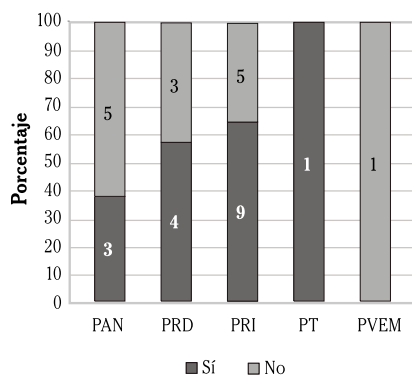


Gráfica 23. Punto de vista de legisladoras/es en cuanto a la factibilidad de que sean propuestas y aprobadas leyes sobre los derechos sexuales y reproductivos (muestra total: 31 entrevistas)

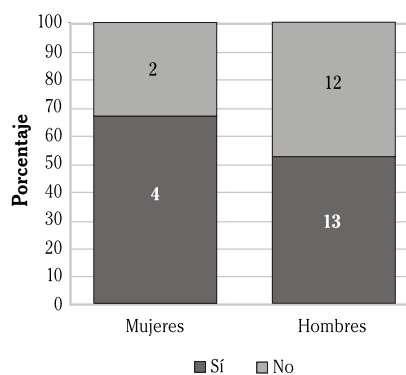


✕ El PRI manifiesta cierto optimismo en cuanto a la posibilidad de proponer y aprobar iniciativas sobre los derechos sexuales y reproductivos; el PAN y en alguna medida el PRD no comparten tal optimismo

Gráfica 24. Interés de legisladoras/es por los derechos sexuales y reproductivos, por partido político (muestra total: 31 entrevistas)

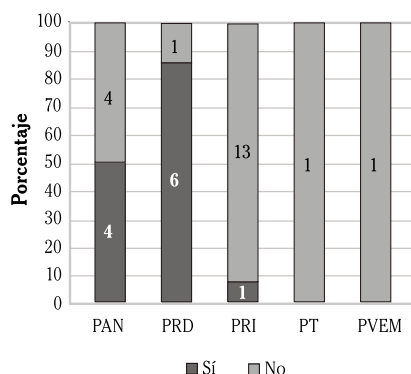


Gráfica 25. Interés de legisladoras/es por los derechos sexuales y reproductivos, por sexo (muestra total: 31 entrevistas)

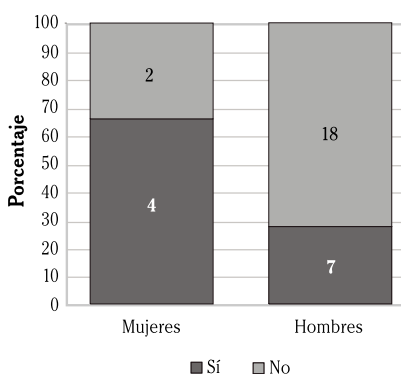


- ✕ Estas gráficas muestran el interés general por el tema de los derechos sexuales y reproductivos: 45 por ciento declaró no estar interesado
- ✕ Estas respuestas contrastan fuertemente con la pregunta anterior, en la cual se hablaba de la factibilidad de promover leyes sobre el tema

Gráfica 26. Conocimiento de legisladoras/es sobre organizaciones que trabajan el tema de los derechos sexuales y reproductivos, por partido político (muestra total: 31)

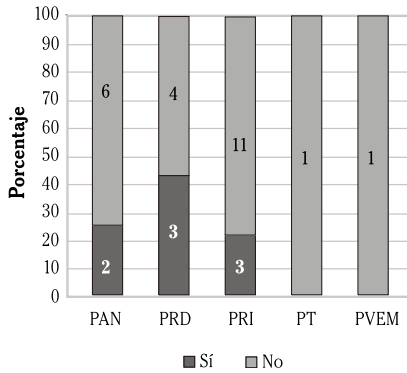


Gráfica 27. Conocimiento de legisladoras/es sobre organizaciones que trabajan el tema de los derechos sexuales y reproductivos, por sexo (muestra total: 31 entrevistas)

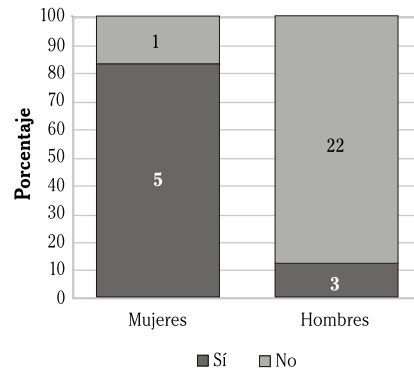


- ✕ 64.5 por ciento de los legisladores en general desconocen el nombre de por lo menos una organización civil que trabaje en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos

Gráfica 28. Conocimiento de legisladoras/es sobre la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), por partido político (muestra total: 31 entrevistas)

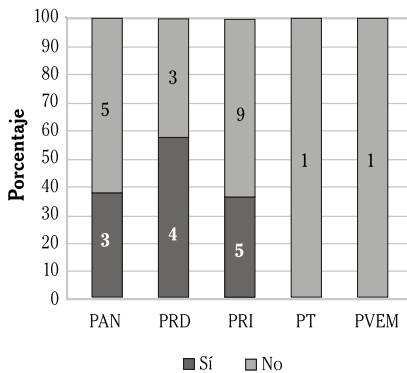


Gráfica 29. Conocimiento de legisladoras/es sobre la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), por sexo (muestra total: 31 entrevistas)

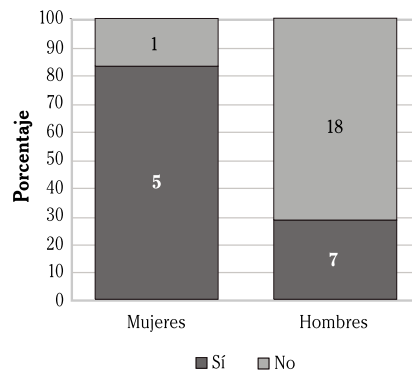


- ✕ 74 por ciento de los legisladores en general desconocen la existencia de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
- ✕ El conocimiento de las mujeres sobre el tema es sustancialmente más alto

Gráfica 30. Conocimiento de legisladoras/es sobre la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), por partido político

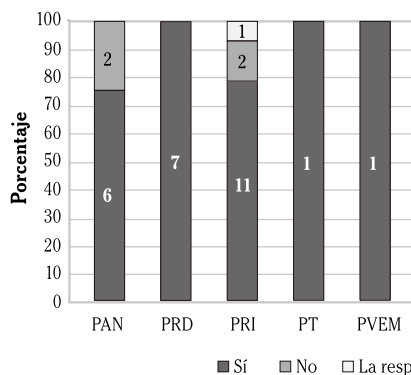


Gráfica 31. Conocimiento de legisladoras/es sobre la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), por sexo

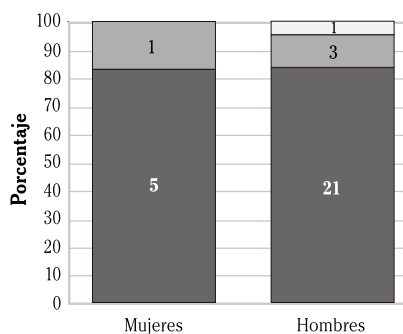


- ✕ 61.2 por ciento de las y los legisladores desconocen la existencia de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)

Gráfica 32. Relación entre derechos sexuales y reproductivos y desarrollo de la nación, según cada fracción parlamentaria (muestra total: 31 entrevistas)



Gráfica 33. Relación entre derechos sexuales y reproductivos y desarrollo de la nación, según sexo (muestra total: 31 entrevistas)



✕ 84 por ciento de los legisladores y legisladoras están de acuerdo en que hay una relación entre derechos sexuales y reproductivos y el desarrollo de la nación, lo cual es contradictorio con lo que muestran las gráficas vinculadas al interés e información sobre el tema



Las legisladoras y los legisladores manifiestan la necesidad de información por parte de especialistas. Esto abre un abanico de posibilidades en materia de promoción de los derechos sexuales y reproductivos o de foros de discusión como éste.

En su mayoría consideran que un mayor conocimiento del tema los estimularía a realizar acciones efectivas.

Todos los legisladores o su gran mayoría reconocen la relevancia de los temas y su vínculo con el desarrollo de la nación.

Algunas y algunos de los legisladores entrevistados asistirán este año a El Cairo + 10 y el próximo a Beijing + 10 a tomar decisiones muy importantes sobre las cuestiones relativas a los derechos sexuales y reproductivos, en representación de nuestro país.

Los legisladores más jóvenes manifiestan una mayor apertura a estos temas y una preocupación por los mismos.

Las legisladoras son las que evidencian mayor conocimiento de los temas.

La fecha de realización de las entrevistas, diciembre de 2003, durante las discusiones del paquete económico y fiscal, dificultó los tiempos y la disposición para dar citas con el fin de tratar estos temas.

La discusión de algunos temas, como la Ley de Convivencia, repercutió en la percepción de los legisladores y sesgó sus respuestas. Ésta es una interpretación de quienes realizaron las entrevistas. Yo digo que si las hubiéramos hecho en enero seguramente la anticoncepción de emergencia habría sido el tema más recurrente, porque era un asunto que se discutía en todo el país. En aquel momento el debate se centraba en la Ley de Convivencia: si se aprobaba o se vetaba en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, y a partir de esa circunstancia es que se dieron muchas de las respuestas.

*Población, desarrollo y salud sexual
y reproductiva* fue impreso en noviem-
bre de 2004 en los Talleres Gráficos
de la Cámara de Diputados.