





Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Memorias

---

PRIMER CICLO DE CONFERENCIAS  
“ELVIA CARRILLO PUERTO”



Primera edición: octubre, 2017

D. R. © **Comisión Nacional  
de los Derechos Humanos**

Periférico Sur 3469,  
Colonia San Jerónimo Lídice,  
Delegación Magdalena Contreras,  
C. P. 10200, México, Ciudad de México

Diseño de la portada:  
Flavio López Alcocer

Diseño de interiores y formación:  
H. R. Astorga

Editado en México

## Contenido

- 7      Presentación  
Luis Raúl González Pérez
- 11     Nota introductoria  
Helena López
- 17     Embarazo en población adolescente:  
Una mirada desde las perspectivas  
médica, social, política y de derechos  
Rosario Cárdenas Elizalde
- 43     Violación de derechos sexuales  
y reproductivos de las mujeres.  
El caso de la “violencia obstétrica”  
Roberto Castro Pérez

- 61 Salud materna, una prioridad de salud pública y derechos humanos  
Raffaella Schiavon Ermani
- 83 Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas. Reproducción elegida y parto tradicional humanizado  
José Almaguer González
- 91 Todas las personas queremos que se acaben los abortos  
Marta Lamas Encabo
- 107 Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad  
Melba Adriana Olvera Rodríguez
- 123 Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en México  
María del Pilar Cruz Pérez
- 143 Derechos sexuales y reproductivos LGBTI  
Gloria Careaga Pérez
- 155 Violencia de género y salud de las mujeres  
Aurora del Río Zolezzi

## Presentación

.....  
Luis Raúl González Pérez\*

**L**a Comisión Nacional de los Derechos Humanos realiza, desde 2015, el Ciclo de Conferencias Elvia Carrillo Puerto que actualmente se encuentra en su tercera edición.

Dicho ciclo tiene como objetivo contribuir a la divulgación de información especializada en materia de género, derechos humanos de las mujeres e igualdad entre mujeres y hombres; así como visibilizar los problemas actuales que ellas padecen, como la desigualdad, la discriminación y la violencia, provocando con esto una clara violación a sus derechos humanos.

La generación y difusión de estos conocimientos tiene como propósito darlos a conocer ampliamente entre la ciudadanía de las mujeres, ya que se vinculan también con el compromiso del Estado mexicano para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030. Esta agenda, que

---

\* Presidente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

reconoce la centralidad de la igualdad, los derechos y el empoderamiento de las mujeres, constituye una oportunidad para superar la desigualdad y discriminación de género.

Durante el año 2015, en su primera emisión, se abordó un tema de gran relevancia: el derecho a la salud, específicamente sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El Ciclo de Conferencias Elvia Carrillo Puerto 2015, consta de ocho conferencias a lo largo del año, una por mes, y se cuenta con la participación de destacados/as especialistas en cada uno de los temas tratados.

Entre los expositores y las temáticas de este primer ciclo se contó con la participación de Rosario Cárdenas Elizalde, quien dictó la conferencia *Embarazo en población adolescente: una mirada desde las perspectivas médica, social, política y de derechos*; Roberto Castro Pérez, quien impartió el tema *Violación de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El caso de la “violencia obstétrica”*; Raffaella Schiavon Ermani, con la ponencia *Salud materna, una prioridad de salud pública y derechos humanos*; José Almaguer González, quien habló sobre *Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas, la reproducción elegida y el parto tradicional humanizado*; Marta Lamas Encabo con la conferencia: *Todas las personas queremos que se acaben los abortos*; Melba Adriana Olvera Rodríguez y María del Pilar Cruz Pérez, quienes expusieron sobre *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las personas con discapacidad en México*; Gloria Careaga Pérez con la ponencia *Derechos sexuales y reproductivos LGBTI*, y Aurora Del Río Zolezzi, quien impartió el tema *Violencia de género y salud de las mujeres*.

Dada la riqueza teórica de los contenidos ofrecidos, y por la importancia del conocimiento y difusión de dichas problemáticas para el reconocimiento, garantía y protección de los derechos sexuales y reproductivos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y el Centro de Investigaciones y Estudios de Género de la UNAM han decidido elaborar y publicar las memorias, en esta



ocasión de 2015, con todas las conferencias impartidas, además con ello, refrendan su compromiso con la promoción, la difusión y la defensa de los derechos humanos, particularmente de las mujeres, para acercarnos cada vez más a una igualdad sustantiva entre mujeres y hombres, como uno de los nuevos paradigmas de las sociedades democráticas.

A continuación, encontrarán la transcripción de las conferencias, revisadas y aprobadas por las y los ponentes participantes del Primer Ciclo de Conferencias “Elvia Carrillo Puerto 2015”.



## Nota introductoria

.....  
Helena López\*

**E**n el año 2015, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a través del Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres adscrito a su Cuarta Visitaduría, y la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del entonces Programa Universitario de Estudios de Género,<sup>1</sup> firmaron un Convenio de colaboración para llevar a cabo el Ciclo de Conferencias Elvia Carrillo Puerto.

Se trata de un proyecto diseñado, por un período de cinco años, a partir de conferencias mensuales a cargo de especialistas en Estudios de Género y Sexualidad. Su objetivo principal consiste en el establecimiento de una plataforma de difusión –de naturaleza divulgativa, pero a la vez informada por la excelencia

---

\* Centro de Investigaciones y Estudios de Género-UNAM.

<sup>1</sup> El 15 de diciembre de 2016 el pleno del Consejo Universitario de la UNAM aprobó por unanimidad la transformación del Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) en Centro de Investigaciones y Estudios de Género (CIEG). En lo que resta de esta Presentación me referiré a nuestra entidad académica ya como CIEG.

de los y las ponentes— de diferentes temas relativos a los desafíos que para el ejercicio pleno de los derechos humanos plantean tanto las desigualdades entre mujeres y hombres, como la heteronormatividad como mandato autorizado del deseo. Se trata, por lo tanto, de activar la interlocución sobre estas dimensiones de los órdenes de género y sexual con un amplio público interesado en los temas abordados por razones de tipo profesional, personal o de responsabilidad ciudadana.

Cabe señalar, consecuentemente, que este esfuerzo conjunto de parte de la Cuarta Visitaduría de la CNDH y del Centro de Investigaciones y Estudios de Género de la UNAM, responde a la convicción de que el compromiso con la promoción de condiciones favorables para relaciones de respeto y dignidad entre mujeres y hombres son indispensables en la consolidación de la justicia y el desarrollo en México.

Por otro lado, esta convicción se ve respaldada por un marco normativo, tanto internacional como nacional, que exhorta a las instancias competentes a la promoción de los derechos humanos de las mujeres. Sin duda, la *Declaración y plataforma de acción de Beijing*, aprobada en septiembre de 1995 durante la celebración de la “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer” bajo el auspicio de la Organización de Naciones Unidas, se ha convertido en el referente de política mundial para abordar el bienestar de las mujeres respecto de doce ámbitos distinguidos: pobreza, educación, salud, violencia, conflictos armados, economía, ejercicio del poder, institucionalización de la perspectiva de género, medios de comunicación, medioambiente, infancia y derechos humanos. En relación con este último ámbito —de interés particular para los propósitos del Ciclo de Conferencias Elvia Carrillo Puerto— en el párrafo 215 del capítulo IV sobre objetivos estratégicos y medidas la *Declaración y plataforma de acción de Beijing* establece:

Los gobiernos no sólo deben abstenerse de violar los derechos humanos de todas las mujeres, sino también trabajar activamente para promover y proteger esos derechos. El reconocimiento de la importancia de los derechos humanos de la mujer se refleja en el hecho de que las tres cuartas partes de los Estados

Miembros de las Naciones Unidas se han adherido a la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*.<sup>2</sup>

De crucial relevancia para las alianzas transnacionales comprometidas con la protección de los derechos humanos de las mujeres es la llamada “Sentencia de Campo Algodonero”. En 2009, la Corte Interamericana de Derechos Humanos condenó al Estado mexicano por violar los derechos humanos de víctimas y familiares en los casos de los feminicidios, ocurridos en Ciudad Juárez en 2001, de Esmeralda Herrera Monreal, Laura Berenice Ramos Monárrez y Claudia Ivette González.<sup>3</sup>

En el contexto nacional, no podemos pasar por alto que la reforma constitucional de 2011 constituye un valioso intento por garantizar el respeto a los derechos humanos en México en sintonía con numerosos tratados internacionales e, idealmente, con el propósito de que la justicia transnacional impacte positivamente en la justicia federal. Así, el nuevo texto del artículo 1o. de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* subraya: “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad”.<sup>4</sup> En este clima de inquietud por la desprotección, abusos y violación de derechos fundamentales que experimentan amplios sectores de la población en nuestro país podemos identificar a las mujeres como un grupo en condición de máxima vulnerabilidad, adicionalmente agravada de acuerdo con otros factores sociales como clase social, color de piel, orientación sexual o lugar de residencia. Instrumentos jurídicos como la *Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres* (2006) o la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (2007) buscan apuntalar normativamente un terreno fértil contra la

---

2 Merece la pena señalar que la referida *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW por sus siglas en inglés) es un instrumento normativo internacional de la Organización de Naciones Unidas, de principal importancia, firmado en 1979. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

3 Disponible en: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_205\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_esp.pdf)

4 Disponible en: <http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/inicio.html>

discriminación sexista, la violencia de género y el feminicidio como su expresión más extrema y la impunidad. El proyecto de conferencias impulsado por la Cuarta Visitaduría de la CNDH y el CIEG-UNAM se hace eco de la intervención educativa y de divulgación en materia de derechos humanos de las mujeres como una de las estrategias, entre otras, que consistentemente recomienda la batería normativa a la que he hecho referencia.

En este volumen se incluyen la versión escrita de las ponencias de reconocidas y reconocidos especialistas en derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que, a lo largo de 2015, compartieron su conocimiento experto sobre el tema que fue el hilo conductor de esta primera edición del Ciclo de Conferencias Elvia Carrillo Puerto. Así, y también desde distintos enfoques disciplinares, se trataron cuestiones como embarazo en población adolescente, violencia obstétrica, salud materna, mujeres indígenas y parto tradicional humanizado, derecho al aborto, derechos sexuales y reproductivos de personas con discapacidad, derechos sexuales y reproductivos de la población LGBTI y violencia de género y salud.

La variedad de temas tratados afirma los derechos reproductivos como, principalmente, la autonomía para decidir si tener o no tener hijos y, en su caso, el tipo de maternidad elegida, el derecho al acceso y uso de métodos anticonceptivos, la posibilidad de optar por un aborto seguro y un trato digno en los procesos de embarazo, parto y post-parto. Ahora, esta declaración de principios no puede obviar la circunstancia real de que el ejercicio efectivo de estos derechos no es una prerrogativa de sujetos neutros. Porque los individuos están atravesados por marcas de género, clase, etnicidad, raza o discapacidad así como de capitales culturales y sociales diversos, la noción de “justicia reproductiva” busca cambiar las condiciones estructurales que *de facto* limitan el alcance de estos derechos. Sobre derechos sexuales, es importante subrayar que además del derecho a información sobre la relación entre salud y sexualidad y a una atención médica adecuada, se incluye también el reconocimiento de las personas a la libertad para disfrutar de su deseo sin violencia o discriminación. Por último quisiera señalar que aunque con frecuencia encontramos en la literatura especializada el término “derechos sexuales y reproductivos”, unos y otros deben

entenderse de manera diferenciada para evitar “la remisión automática de (este término) a la titular tradicional de los derechos reproductivos que es la mujer heterosexual en edad reproductiva, y deja fuera del marco de protección a personas LGBTTI, así como a hombres adultos, a los adolescentes y personas de la tercera edad”.<sup>5</sup>

En definitiva, las memorias de la primera edición del Ciclo de Conferencias Elvia Carrillo Puerto –actualmente en su tercera edición– pone a disposición de lectoras y lectores contribuciones especializadas, en un lenguaje que sin embargo busca ser accesible a un público muy amplio, sobre derechos humanos de las mujeres. Ojalá que saber más sobre el complejo entramado de valores, imaginarios, discursos, prácticas cotidianas y arreglos institucionales constitutivos de la dominación patriarcal suponga una intervención crítica en la esperanza de una sociedad más justa.

---

<sup>5</sup> Jimena Ávalos Capín, “Derechos sexuales y reproductivos”, en Eduardo Ferrer, José Luis Caballero y Christian Steiner, coords., *Derechos humanos en la Constitución. Comentarios de jurisprudencia constitucional e interamericana*. Ciudad de México, Suprema Corte de Justicia de la Nación-UNAM-Fundación Conrad Adenauer, 2013, p. 2267.





## Embarazo en población adolescente: Una mirada desde las perspectivas médica, social, política y de derechos

.....  
Rosario Cárdenas Elizalde\*

**A**gradezco la invitación de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y del Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México (hoy, Centro de Investigación y Estudios de Género-CIEG) para participar en este ciclo de conferencias “Elvia Carrillo Puerto” inaugurándolo. La actividad política de Elvia Carrillo Puerto abordó, entre otros temas, el derecho de las mujeres a decidir sobre su reproducción. De aquí que sea especialmente oportuno el abordar hoy una de las situaciones más apremiantes registradas en el país en torno a la fecundidad como es el embarazo que ocurre a edades tempranas.

El análisis de las condiciones de salud de los adolescentes entraña peculiaridades no presentes para otros grupos poblacionales. Por una parte, el consenso acerca del registro de la información estadística a nivel internacional privilegia la compilación de datos por grupos quinquenales de edad. Si bien ello presenta ventajas operativas, para el caso concreto de la población adolescente significa definir a este grupo poblacional como abarcando las edades 10 a 19 años. Ello

---

\* Doctora en Estudios de Población y Salud Internacional por la Universidad de Harvard. Profesora e investigadora del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

conlleva tanto la inclusión de preadolescentes como que el grupo abarque, para el caso mexicano, población mayor de edad en tanto rebasa los 18 años. Este punto es importante para la discusión acerca del acceso a servicios de salud, particularmente los de índole reproductiva, así como también respecto a las necesidades de salud y de otro tipo de los miembros de este grupo poblacional. Adicionalmente, a las transformaciones biológicas propias de este periodo vital se suman las sociales entendiendo por éstas, por ejemplo, los requerimientos de habilidades deseables para la inserción en el mercado laboral en la vida adulta los cuales exigen una ampliación o diversificación de la escolarización.

Desde la perspectiva de la reproducción, que ésta suceda al tener 13 o 14 años conlleva mayores riesgos que a los 18 o 19 años, y sin embargo ambos periodos forman parte de la misma población adolescente. De aquí la importancia de distinguir la etapa temprana de la adolescencia (menores de 15, por ejemplo). Adicionalmente, diversos factores sociales han afectado el concepto mismo de adolescencia. Se considera que ésta es una construcción moderna en tanto en algún momento en el desarrollo de las sociedades no había un periodo intermedio entre la infancia y el inicio de la vida adulta, señalada ésta por la reproducción, en tanto las condiciones de mortalidad impedían que la longevidad promedio de las personas fuera suficiente como para permitir posponer o planear la fecundidad. Por otra parte, cambios en factores dietéticos<sup>1</sup> y de otro tipo<sup>2,3</sup> han propiciado una tendencia secular<sup>4,5,6</sup> a reducir la edad al inicio de la

1 Carwile JL, Willett WC, Spiegelman D, Hertzmark E, Rich-Edwards J, Frazier AL, Michels KB, “Sugar-sweetened beverage consumption and age at menarche in a prospective study of US girls”, *Hum Reprod*, año 30, núm. 3, marzo de 2015, pp. 675-83.

2 Jansen EC, Herrán OF, Villamor E, “Trends and correlates of age at menarche in Colombia: Results from a nationally representative survey”, *Econ Hum Biol*, diciembre de 2015, año 19, pp. 138-144.

3 Dossus L, Kvaskoff M, Bijon A, Fervers B, Boutron-Ruault MC, Mesrine S, Clavel-Chapelon F, “Determinants of age at menarche and time to menstrual cycle regularity in the French E3N cohort”, *Ann Epidemiol*, octubre de 2012, año 22, núm. 10, pp. 723-730.

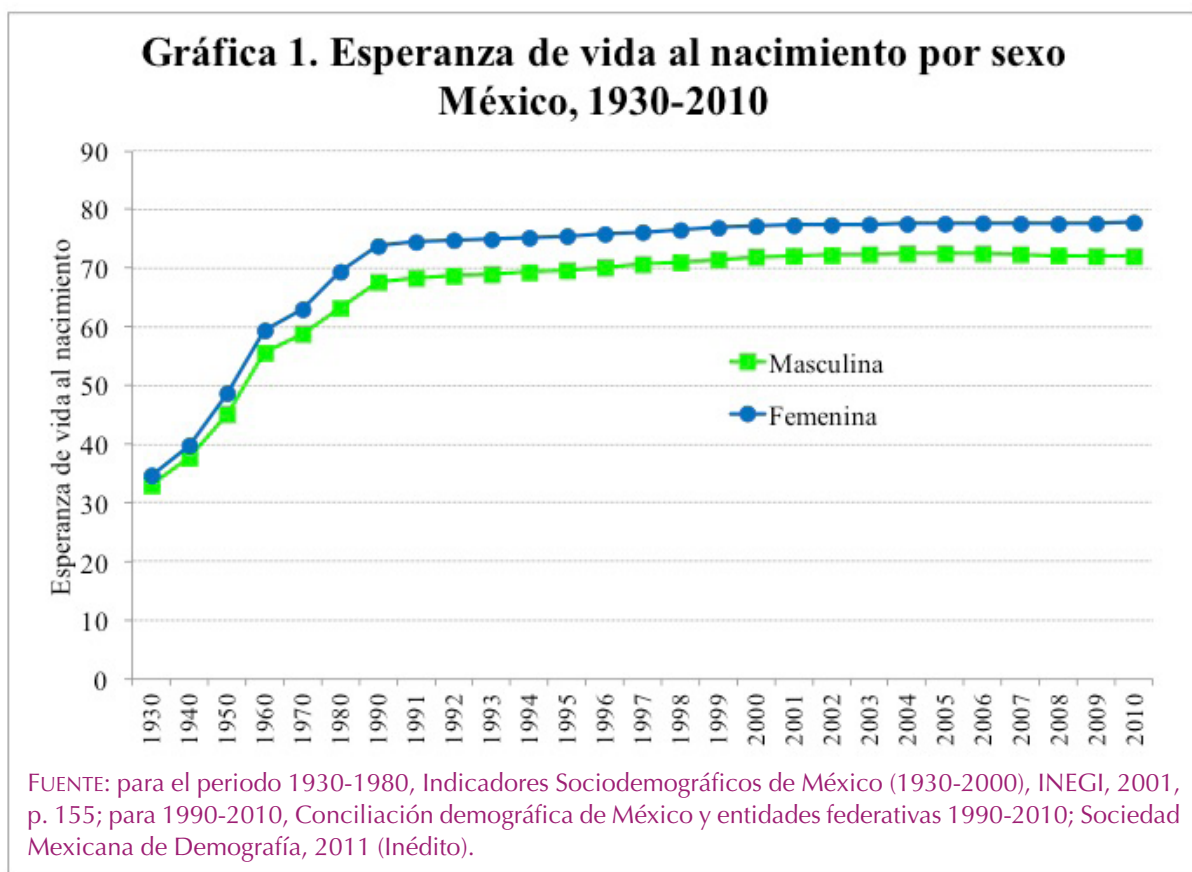
4 Cabanes A, Ascunce N, Vidal E, Ederra M, Barcos A, Erdozain N, Lope V, Pollán M, “Decline in age at menarche among Spanish women born from 1925 to 1962”, *BMC Public Health*, diciembre de 2009, número 9, p. 449.

5 Papadimitriou A, “The Evolution of the Age at Menarche from Prehistorical to Modern Times”, *J Pediatr Adolesc Gynecol*, diciembre de 2016, año 29, núm 6, pp. 527-530.

6 Hoshi H, Kouchi M, “Secular trend of the age at menarche of Japanese girls with special regard to the secular acceleration of the age at peak height velocity”, *Hum Biol*, diciembre de 1981, año 53, núm 4, pp. 593-598

menstruación lo cual se traduce tanto en un rejuvenecimiento del inicio de lo que definimos como adolescencia como de la capacidad femenina para reproducirse.

La información presentada distingue entre la población menor de 15 años y la de 15 a 19 años en el entendido que tanto las condiciones que posiblemente rodearon la concepción como los riesgos que pueden presentarse durante la gestación son potencialmente distintos entre estos dos grupos etarios.



La ocurrencia de embarazos en la adolescencia ha estado presente desde siempre en las sociedades. En este sentido, cabría preguntarse por qué la preocupación de su ocurrencia en la actualidad. En primer lugar, el aumento en la longevidad promedio de la población redundó en la oportunidad de plantearse objetivos a alcanzar durante una trayectoria de vida más extensa la cual ha sido resultado de una ampliación del acceso a elementos críticos tales como la escolaridad formal o la atención médica. En segundo lugar, que la disponibilidad de anticonceptivos eficientes ha posibilitado una planeación efectiva de la reproducción incluyendo, para el caso del país, el ejercicio del derecho consagrado desde diciembre de 1974 en el Artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el cual consigna que “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.”<sup>7</sup> La información sobre el cambio en la esperanza de vida al nacimiento para la población femenina presentada en la gráfica 1 muestra la magnitud de estas transformaciones en el país: entre 1930 y 2010 este indicador aumentó de 34.7 a 77.8 años.

Por otra parte, las acciones legislativas reflejan aquello que las naciones identifican como deseable para sus poblaciones. En el caso de México, en 2013 las modificaciones a varios artículos de la Ley General de Educación hicieron obligatoria la cobertura universal de la educación media superior.<sup>8</sup> Lo anterior refleja que, implícitamente, el Estado Mexicano reconoce como necesario haber obtenido la certificación escolar equivalente al bachillerato como el punto que permite adquirir el conjunto de habilidades mínimas requeridas en la actualidad para, potencialmente, incorporarse al mercado laboral. El nivel de escolaridad obligatorio establecido por el Estado significa que un embarazo que tiene lugar durante la adolescencia irrumpe en las condiciones de vida que la sociedad aspira a proporcionar a su población.

---

<sup>7</sup> Diario Oficial. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Primera reforma al artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 31 de diciembre de 1974. Tomo CCCXXVII, número 41, pág. 2.

<sup>8</sup> Diario Oficial de la Federación, junio 10 de 2013. Decreto por el que se reforman los artículos 3º, 4º, 9º, 37, 65 y 66 y se adicionan los artículos 12 y 13 de la Ley General de Educación.

Así pues, los cursos de vida de las personas y sus trayectorias se ven modelados tanto por las expectativas que cada individuo se plantea como por aquello que la sociedad se obliga a ofrecer teniendo como sustrato la longevidad promedio alcanzada. A estos elementos habría que añadir que al tratarse el embarazo de una condición cuyo efecto fisiológico recae sobre la población femenina, las condiciones de equidad de género influyen en el efecto que la reproducción tiene sobre el itinerario de vida de las mujeres, situación ésta que se ve acentuada al tratarse de población adolescente.

La Organización Mundial de la Salud estima que anualmente se registran 16 millones de nacimientos hijos de mujeres menores de 20 años a nivel mundial y que, de entre éstos, la gran mayoría tienen lugar en países en desarrollo.

En México en 2013, de acuerdo con la información consignada por la Secretaría de Salud mediante los certificados de nacimiento hubieron 386,584 nacimientos hijos de mujeres menores de 20 años, es decir, que en el país se registra uno de cada cincuenta de los 16 millones de nacimientos hijos de adolescentes.

Estas cifras dimensionan la magnitud de la problemática que representa el embarazo temprano en México y subrayan la preocupación porque cada año más de 350 mil mujeres asumen la responsabilidad de la maternidad en una etapa muy temprana de su trayectoria de vida.

Desde el punto de vista médico un aspecto fundamental es la inmadurez física para conducir un embarazo, especialmente conforme más joven se sea. Por otra parte, los resultados de diversas investigaciones muestran que ser madre durante la adolescencia aumenta el riesgo de presentar complicaciones obstétricas<sup>9,10,11</sup>

---

9 Mahavarkar SH, Madhu CK, Mule VD, “A comparative study of teenage pregnancy”, *J Obstet Gynaecol*, agosto de 2008, año 28, núm 6, pp. 604-607.

10 Leppälahti S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O, “Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011”, *BMJ Open*, agosto de 2013, año 3, núm 8, p. e003225.

11 Tsikouras P, Dafopoulos A, Trypsianis G, Vrachnis N, Bouchlariotou S, Liatsikos SA, Dafopoulos K, Maroulis G, Galazios G, Teichmann AT, Von Tempelhoff GF, “Pregnancies and their obstetric out-

así como de morir a edades más tempranas que sus contrapartes que comenzaron a ser madres a mayor edad.<sup>12,13</sup> Tanto condiciones socioeconómicas de mayor desventaja como los obstáculos al acceso o la utilización de servicios de salud acentúan los riesgos obstétricos que encaran las adolescentes embarazadas. Entre las complicaciones obstétricas o neonatales que pueden presentarse con mayor frecuencia están: anemia, mayor incidencia de infecciones urinarias, enfermedad hipertensiva del embarazo, endometritis puerperal, bajo peso al nacer, nacimientos prematuros, con restricción en el crecimiento intrauterino. Con relación a la atención médica, las adolescentes embarazadas suelen demandar o recibir atención prenatal más tardía y con menor intensidad así como reportar una menor utilización de anticonceptivos.

Desde el punto de vista social la preocupación deriva del reconocimiento, difícilmente debatible, de que las adolescentes aún no han alcanzado la madurez psicológica, emocional o económica que les permita acometer las responsabilidades que conlleva la crianza de un hijo y, en su caso, el establecimiento de un hogar independiente de la familia de origen propia o de la pareja.

Encontrarse en situación de pobreza es uno de los factores que se asocian con la ocurrencia del embarazo en adolescentes.<sup>14,15</sup> De igual forma el ser hija de

---

come in two selected age groups of teenage women in Greece”, *J Matern Fetal Neonatal Med*, septiembre de 2012, año 25, núm. 9, pp. 1606-1611.

12 Otterblad Olausson P, Haglund B, Ringbäck Weitof G, Cnattingius S, “Premature death among teenage mothers”, *BJOG*, agosto de 2004, año 111, núm 8, pp. 793-799.

13 Webb RT, Marshall CE, Abel KM, “Teenage motherhood and risk of premature death: long-term follow-up in the ONS Longitudinal Study”, *Psychol Med*, septiembre de 2011, año 41, núm 9, pp. 1867-1877.

14 McCall SJ, Bhattacharya S, Okpo E, Macfarlane GJ, “Evaluating the social determinants of teenage pregnancy: a temporal analysis using a UK obstetric database from 1950 to 2010”, *J Epidemiol Community Health*, enero de 2015, año 69, núm. 1, pp. 49-54.

15 Smith DM, Elander J, “Effects of area and family deprivation on risk factors for teenage pregnancy among 13-15-year-old girls”, *Psychol Health Med*, noviembre de 2006, año 11, núm. 4, pp. 399-410.

una madre que lo fue antes de cumplir 20 años,<sup>16,17</sup> el abandono escolar ya sea previo al embarazo<sup>18</sup> o como consecuencia de éste.<sup>19</sup> Por otra parte, los obstáculos al acceso a servicios anticonceptivos y a los anticonceptivos mismos son barreras que se añaden a los factores que subyacen a la ocurrencia del embarazo durante la adolescencia. Adicionalmente facetas de la desigualdad de género tales como las características de las negociaciones entre los miembros de la pareja en torno al ejercicio de la sexualidad, los comportamientos coercitivos que fuerzan el mantenimiento de prácticas sexuales o las francas agresiones sexuales son todos aspectos que coadyuvan a que se presenten embarazos no planeados.

Un embarazo a edades tempranas puede propiciar diversas situaciones adversas. Una de ellas, previamente mencionada, es el abandono escolar que resultaría en una escolaridad incompleta para las adolescentes que inician su reproducción durante esta etapa de sus vidas. Otra es el aumento de la posibilidad de tener un tamaño de familia superior al deseado dada la longitud del periodo de fertilidad.<sup>20,21</sup> Por ejemplo, a una mujer que tiene su primer embarazo a los 15 años le restan 34 años de vida reproductiva potencial (estimando que ésta concluye a los 49 años), periodo que se reduce a poco más de la mitad cuando el inicio de la reproducción se registra a los 30 años (19 años adicionales de fertilidad). Por otra parte, se ha observado que uniones conyugales que

---

16 Ferraro AA, Cardoso VC, Barbosa AP, Da Silva AA, Faria CA, De Ribeiro VS, Bettiol H, Barbieri MA, “Childbearing in adolescence: intergenerational déjà-vu? Evidence from a Brazilian birth cohort”, *BMC Pregnancy Childbirth*, julio de 2013, año 13, p. 149.

17 Kahn JR, Anderson KE, “Intergenerational patterns of teenage fertility”, *Demography*, febrero de 1992, año 29, núm. 1, pp. 39-57.

18 Manlove J, “The influence of high school dropout and school disengagement on the risk of school-age pregnancy”, *J Res Adolesc*, 1998, año 8, núm. 2, pp. 187-220.

19 Almeida M da C, Aquino EM, de Barros AP, “School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals”, *Cad Saude Publica*, julio de 2006, año 22, núm. 7, pp. 1397-1409.

20 Mott FL, “The pace of repeated childbearing among young American mothers”, *Fam Plann Perspect*, enero-febrero de 1986, año 18, núm. 1, pp. 5-12.

21 Kalmuss DS, Namerow PB, “Subsequent childbearing among teenage mothers: the determinants of a closely spaced second birth”, *Fam Plann Perspect*, julio-agosto de 1994, año 26, núm. 4, pp.149-153, 159.

inician a edades tempranas tienen mayor probabilidad de ruptura<sup>22,23</sup> lo que puede traducirse, entre otras cosas, en la disponibilidad de un ingreso menor para el sostenimiento económico del hijo o la familia. Adicionalmente, las mujeres que tuvieron un hijo durante la adolescencia registran menores tasas de participación laboral<sup>24,25</sup> y mayores condiciones de exclusión social.<sup>26</sup>

México tiene una larga tradición de recolección de información estadística. Para el caso del estudio de la fecundidad, la primera encuesta que da cuenta de este componente de la dinámica demográfica para las zonas rurales data de los años 1969-1970 (PECFAL-Rural).<sup>27</sup> A ésta le han seguido varios ejercicios, Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976, Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos 1978, Encuesta Nacional Demográfica 1982, Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica llevada a cabo con especificaciones particulares para cada año en 1992, 1997, 2009 y 2014. En México se registran anualmente en épocas recientes más de 2 millones de nacimientos. Si bien de entre éstos un conjunto corresponde a adolescentes menores de 15 años, la frecuencia con la cual tienen lugar dificulta la captación de este fenómeno a través de encuestas de muestreo. Ello significa que el acervo de encuestas enunciado no incluye en su diseño muestral la recuperación de información sobre reproducción de mujeres menores de 15 años, no permitiendo, con ello, el análisis del embarazo en edades muy tempranas. Si bien las estadísticas vitales proporcionan información que permite cuantificar la magnitud del embarazo en la adolescencia, el

22 Bramlett MD, Mosher WD, “First Marriage Dissolution, Divorce, and Remarriage: United States”, *Advance data from vital and health statistics*, mayo de 2001, núm. 323, National Center for Health Statistics.

23 Savitridina R, “Determinants and consequences of early marriage in Java, Indonesia”, *Asia Pac Popul J*, junio de 1997, año 12, núm. 2, pp. 25-48.

24 Grogger J, Bronars S, “The socioeconomic consequences of teenage childbearing: findings from a natural experiment”, *Fam Plann Perspect*, julio-agosto de 1993, año 25, núm. 4, pp. 156-161, 174.

25 Wellings K, Palmer MJ, Geary RS, Gibson LJ, Copas A, Datta J, Glasier A, Scott RH, Mercer CH, Errens B, Macdowall W, French RS, Jones K, Johnson AM, Tanton C, Wilkinson P, “Changes in conceptions in women younger than 18 years and the circumstances of young mothers in England in 2000-12: an observational study”, *Lancet*, agosto 6 de 2016, año 388, núm. 10044, pp. 586-595.

26 Hobcraft J, Kiernan K, “Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion”, *Br J Sociol*, septiembre de 2001, año 52, núm 3, pp. 495-517.

27 Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), “Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina, México Rural”, 1970.



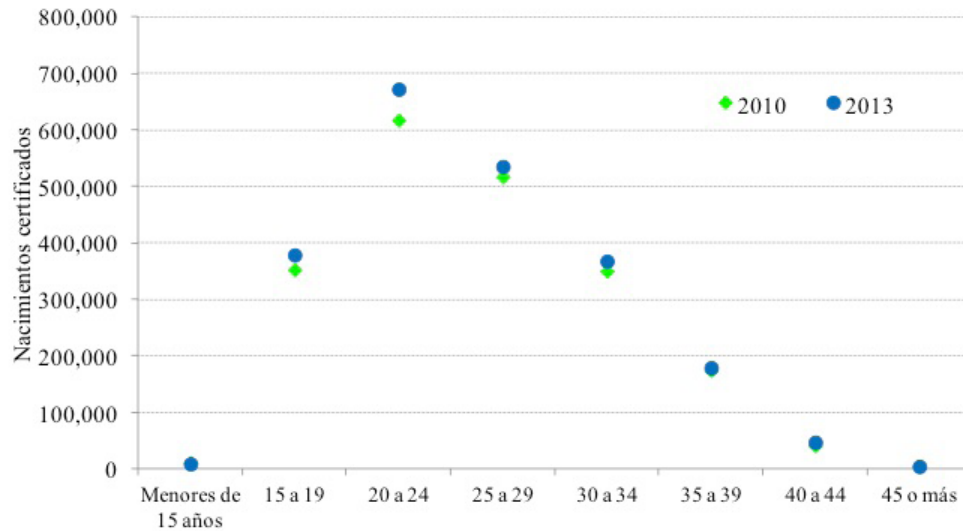
propósito del acta de nacimiento es ser el documento de identidad y filiación familiar del recién nacido siendo muy limitado su alcance como fuente de información para estudiar los factores asociados a la fecundidad. Los datos contenidos en los expedientes clínicos correspondientes a la atención obstétrica son una fuente que potencialmente permitiría profundizar el examen no sólo de las condiciones en la cuales tiene lugar la reproducción sino, también, de factores de riesgo y complicaciones. Sin embargo, la conformación del sistema de salud el cual comprende varias instituciones, una segmentación basada en la incorporación al mercado laboral y el área en la cual se desenvuelve el trabajador (burocracia, iniciativa privada o servicios armados, marina o de explotación petrolera) y dos acciones de cobertura específica a poblaciones en condiciones de especial vulnerabilidad: IMSS-Coplamar, IMSS-Oportunidades hoy IMSS-Próspera) y el denominado Seguro Popular, se traducen en un sistema de información sobre otorgamiento de servicios de salud parcial y selectivo en los rubros que se reportan.

A partir de 2008, la Secretaría de Salud organizó la emisión de certificados de nacimiento. Este documento incluye, además de la información sociodemográfica de la madre, datos acerca de las características básicas del hijo al momento del nacimiento, variables relativas a las atenciones prenatal y obstétrica y de utilización de servicios médicos. Estas bases de datos, compiladas anualmente por la Secretaría de Salud a partir de los certificados de nacimiento emitidos, constituye en la actualidad la mejor fuente de información para analizar la dinámica de la reproducción desde la perspectiva de las condiciones obstétricas, perinatales y neonatales.

La gráfica 2 muestra la información de los certificados de nacimiento para 2010 y 2013 en el país. Estos datos permiten reconocer que en cada uno de estos dos años se registraron más de 350 mil nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años y más de 8 mil para el caso de las adolescentes menores de 15 años.

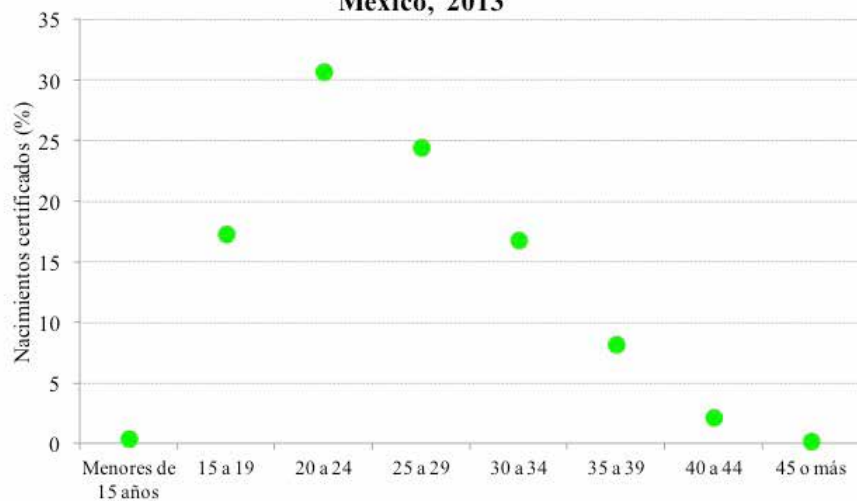
La misma información mostrada en la gráfica 2 convertida a términos relativos permite distinguir que en 2013 el 17.7 por ciento del total de nacimientos certificados en el país correspondió al grupo de menores de 19 años (gráfica 3). Es

**Gráfica 2. Nacimientos certificados de acuerdo a grupo de edad de la madre, México 2010 y 2013**



FUENTE: estimaciones propias a partir de bases de datos sobre certificados de nacimiento de la Secretaría de Salud.

**Gráfica 3. Distribución relativa (%) de los nacimientos certificados de acuerdo a grupo de edad de la madre México, 2013**



FUENTE: estimaciones propias a partir de bases de datos sobre certificados de nacimiento de la Secretaría de Salud.

decir, aproximadamente 1 de cada 6 nacimientos certificados que tuvieron lugar en el país fueron hijos de mujeres adolescentes. Si bien este hecho coloca en perspectiva la magnitud y preocupación asociada a la ocurrencia de embarazo en edades tempranas en México, también lo es constatar que la participación relativa del grupo de 15 a 19 años en el total de la fecundidad nacional es similar a la observada para el grupo de 30 a 34 años (16.8 por ciento). No obstante, las diferencias que cabría esperar entre las condiciones de madurez física para cada uno de estos grupos etarios así como posiblemente para el entorno en el cual transcurrió la gestación registrada enfatiza la gravedad de la problemática del embarazo adolescente en el país.

En el mismo sentido, la comparación de los cambios observados en las tasas de fecundidad por grupo de edad entre 2010 y 2013 (cuadro 1) indica que si bien para el grupo de menores de 15 se observó una disminución en la intensidad de la fecundidad con un cambio de la tasa de 18.3 nacimientos por 10 mil mujeres de ese grupo de edad en 2010 a 15.1 en 2013, el comportamiento correspondiente al grupo de 15 a 19 años fue a la inversa mostrando un aumento en este

Cuadro 1. Tasas de fecundidad específicas por edad (por 10,000 mujeres), México, 2010 y 2013

Grupo de edad	Año	
	2010	2013
Menores de 15 años	18.3	15.1
15 a 19	637.4	681.8
20 a 24	1192.9	1259.6
25 a 29	1060.5	1076.5
30 a 34	750.4	773.6
35 a 39	402.0	396.6
40 a 44	106.0	113.6
45 o más	12.4	10.7

FUENTE: estimaciones propias a partir de bases de datos sobre certificados de nacimiento de la Secretaría de Salud y estimaciones poblacionales del Consejo Nacional de Población.

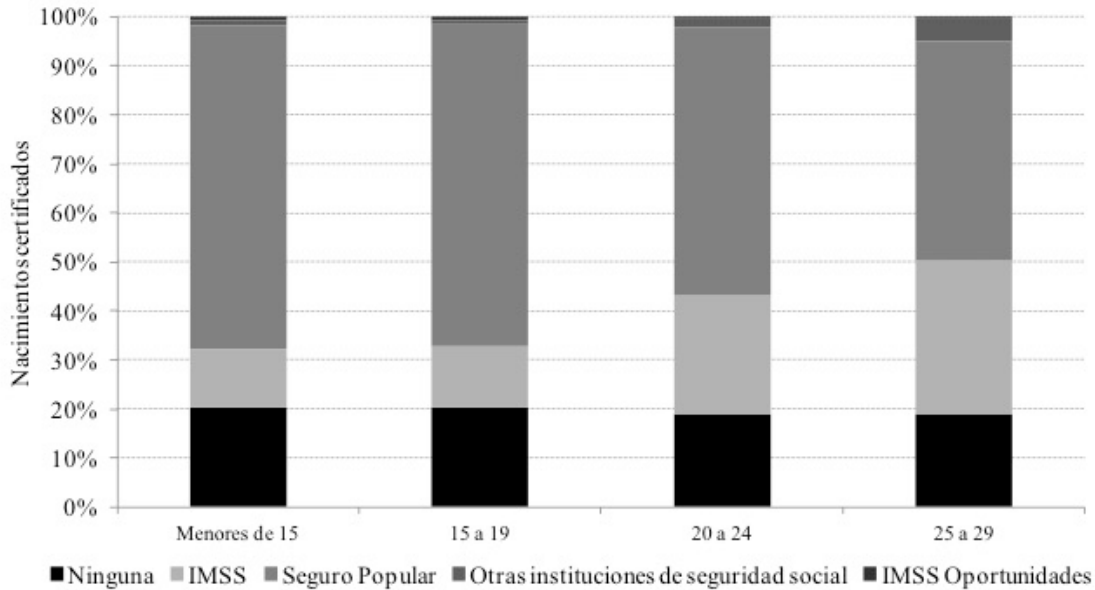
periodo al pasar de 637.4 en 2010 a 681.8 en 2013. Estos datos señalan, también, la relativamente poca diferencia que muestra la fecundidad de la población femenina de 15 a 19 años respecto a la observada para las mujeres de 30 a 34 años con una tasa para éstas últimas en 2013 de 773.6 nacimientos por 10 mil de dicho grupo de edad.

El examen de la información sobre certificados de nacimiento ya sea en forma absoluta, como en términos de su distribución relativa o al estimar las tasas de fecundidad correspondientes señala la intensidad de la reproducción de la población adolescente en México, especialmente del grupo de 15 a 19 años, así como el peso que tiene dicho comportamiento en el total de la fecundidad registrada en el país en los años analizados.

El examen de la información sobre certificados de nacimiento permite delinear el perfil socioeconómico de las adolescentes que tuvieron un hijo en 2013 en México. A fin de contar con elementos de contraste, adicional a los dos grupos de edad que se han analizado (menores de 15 y de 15 a 19 años) se añaden los de 20 a 24 y de 25 a 29 años.

La gráfica 4 muestra la distribución relativa de los nacimientos certificados de acuerdo con el aseguramiento o afiliación a servicios médicos. Los datos muestran que entre más joven es la mujer, el Seguro Popular representa una mayor proporción de la cobertura de servicios de salud declarados. En contraste, los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ocupan un porcentaje más alto conforme las mujeres tienen más edad. El patrón de cobertura de atención médica descrito es compatible con la situación que aproxima la institución de aseguramiento o afiliación a servicios de salud según la cual la población en condiciones de mayor desventaja formará parte del universo de cobertura del Seguro Popular o de los servicios provistos por el esquema de IMSS-Oportunidades.

**Gráfica 4. Distribución relativa (%) de los nacimientos certificados de acuerdo institución de cobertura de servicios médicos según grupo de edad de la madre, México, 2013**

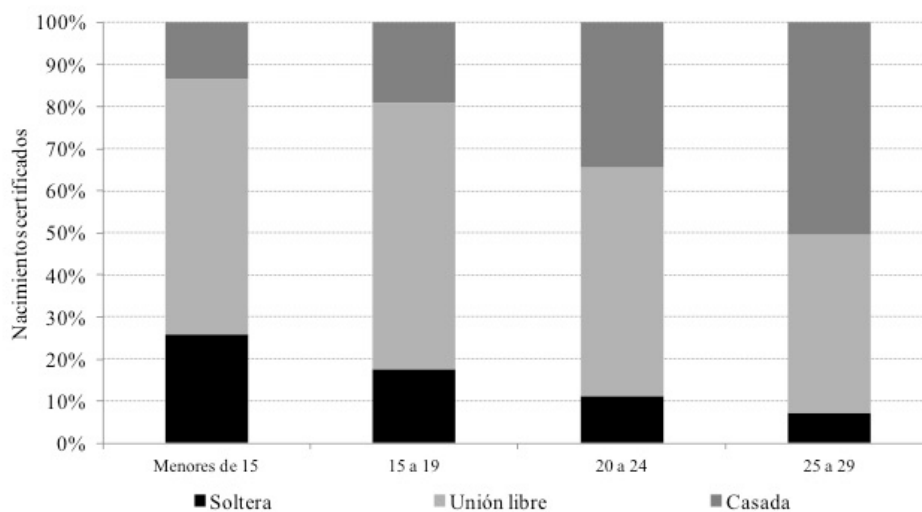


FUENTE: a partir de Cárdenas Rosario, “De la suma de desigualdades: el caso del embarazo durante la adolescencia”, *Coyuntura Demográfica*, julio de 2015, núm. 8, pp. 25-33.

La declaración sobre estado conyugal pone de manifiesto que conforme avanza la edad de las mujeres la proporción que se declara soltera es menor y viceversa la unión libre y estar casadas es más frecuente. Entre las menores de 15 años alrededor del 25 por ciento reportaron ser solteras al momento de obtener el certificado de nacimientos de sus hijos y entre las adolescentes de 15 a 19 años este dato fue del 17.5 por ciento. El 13.6 por ciento de las adolescentes menores de 15 años y el 19 por ciento de las de 15 a 19 reportaron estar casadas.

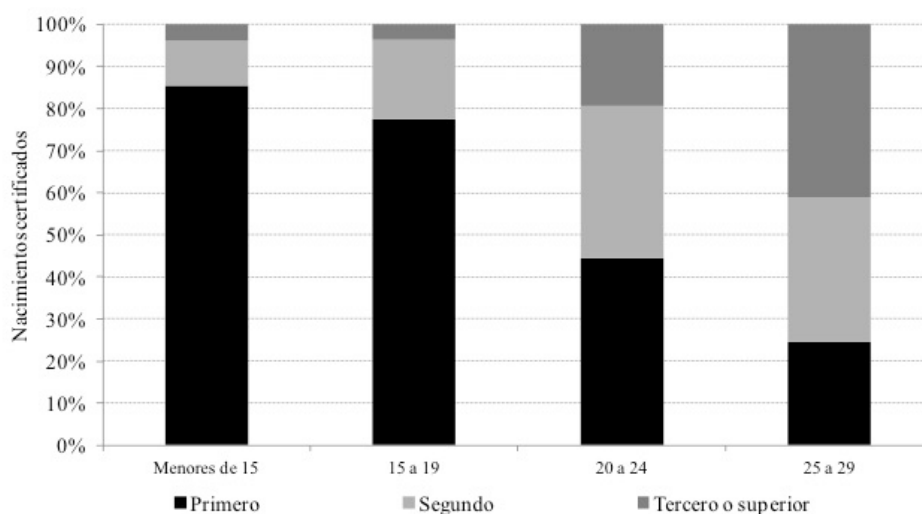
A la preocupación que representa que en el país en 2013 se hayan registrado más de 8 mil nacimientos hijos de adolescentes menores de 15 años se añade el hecho de que, si bien en el 85 por ciento de los casos el embarazo reportado es el primero, uno de cada 10 corresponde al segundo y esencialmente 4 de cada 100 sea al menos el tercero. Lo anterior traduce lo extremadamente tem-

**Gráfica 5. Distribución relativa (%) de los nacimientos certificados de acuerdo a situación conyugal y grupo de edad de la madre México, 2013**



FUENTE: a partir de Cárdenas Rosario, "De la suma de desigualdades: el caso del embarazo durante la adolescencia", *Coyuntura Demográfica*, julio de 2015, núm. 8, pp. 25-33.

**Gráfica 6. Distribución relativa (%) de los nacimientos certificados de acuerdo a número de hijo y grupo de edad de la madre México, 2013**



FUENTE: a partir de Cárdenas Rosario, "De la suma de desigualdades: el caso del embarazo durante la adolescencia", *Coyuntura Demográfica*, julio de 2015, núm. 8, pp. 25-33.

prano del inicio de reproducción de las adolescentes que reportaron esta última condición y, por ende, la urgencia de atender esta problemática social y de salud pública. La información relativa a las adolescentes de 15 a 19 años denota un patrón similar en términos de la proporción que declara que el nacimiento certificado es el tercero que ha tenido (3.6 por ciento) pero con un mayor porcentaje, básicamente una de cada cinco, habiendo tenido su segundo hijo.

La atención prenatal constituye un espacio de oportunidad fundamental para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de ciertas condiciones que pudieran poner en riesgo el desarrollo de la gestación así como también para la vigilancia de la correcta evolución de este proceso fisiológico. El cumplimiento de la función para la cual está diseñada la atención prenatal requiere iniciar este servicio médico durante el primer trimestre de la gestación. Por otra parte, la normatividad mexicana establece como atención prenatal indispensable el otorgamiento de al menos cinco consultas durante una gestación de duración promedio (40 semanas).<sup>28</sup>

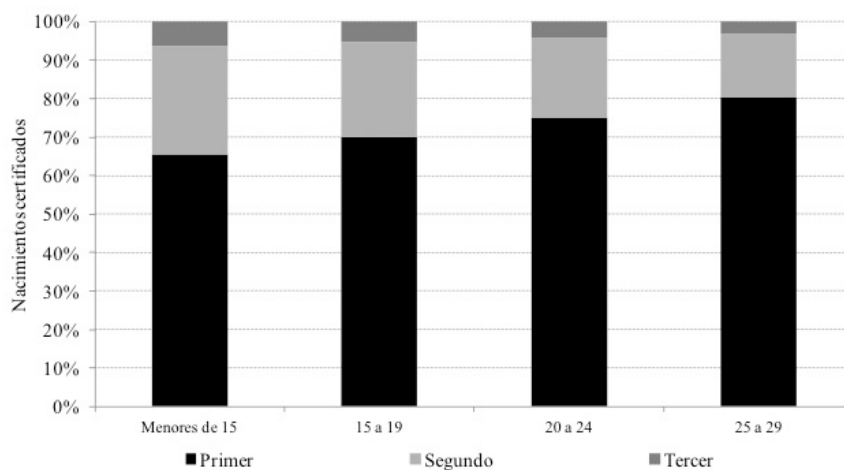
La gráfica 7 indica que, de acuerdo con los datos provenientes de los certificados de nacimiento correspondientes a 2013, únicamente el 65 por ciento de las adolescentes menores de 15 años recibieron atención prenatal desde el primer trimestre, y que para el grupo de 15 a 19 esta cifra aumentó ligeramente a 70 por ciento.

A la ausencia de una cobertura universal de atención prenatal desde el primer trimestre de la gestación se añade el incumplimiento de la normatividad en términos del número de consultas prenatales señalado como mínimo. Una de cada ocho adolescentes menores de 15 años que iniciaron la atención prenatal durante el primer trimestre reportó haber recibido menos de cinco consultas correspondientes a este servicio (gráfica 8). Esta situación se exagera en el caso de quienes obtuvieron atención prenatal en algún momento del segundo trimestre (esencialmente una de cada tres) mientras que quienes lo hicieron du-

---

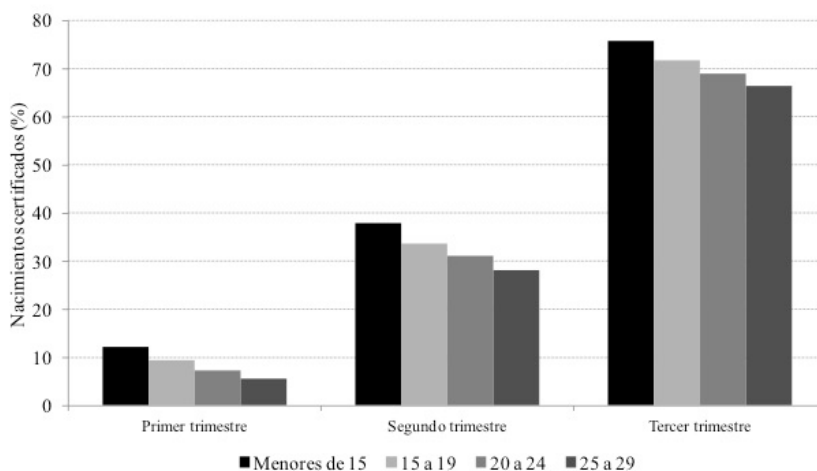
<sup>28</sup> Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”, 1993.

**Gráfica 7. Distribución relativa (%) de los nacimientos certificados de acuerdo a trimestre de inicio de la atención prenatal y grupo de edad de la madre, México, 2013**



Fuente: A partir de Cárdenas Rosario, "De la suma de desigualdades: el caso del embarazo durante la adolescencia", *Coyuntura Demográfica*, julio de 2015, núm. 8, pp. 25-33

**Gráfica 8. Porcentaje de nacimientos certificados cuyas madres recibieron menos de cinco consultas prenatales de acuerdo a trimestre de inicio y grupo de edad, México, 2013**

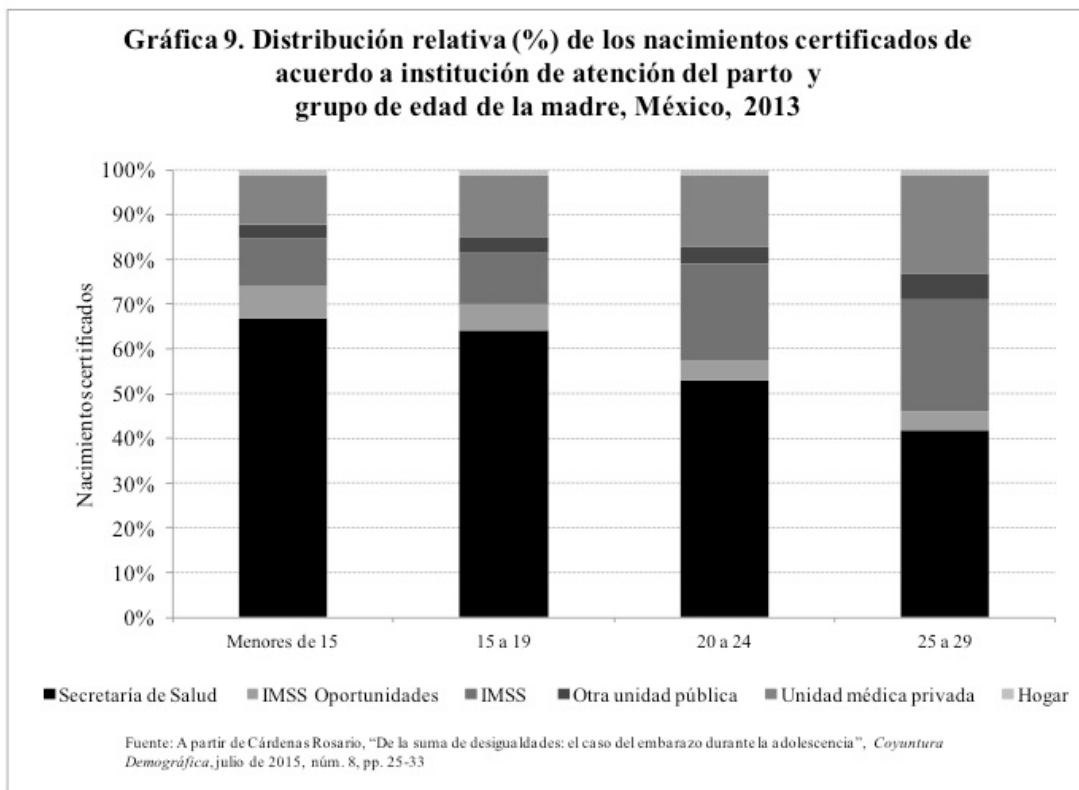


Fuente: A partir de Cárdenas Rosario, "De la suma de desigualdades: el caso del embarazo durante la adolescencia", *Coyuntura Demográfica*, julio de 2015, núm. 8, pp. 25-33



rante el tercer trimestre 3 de cada cuatro contaron con un servicio incompleto de acuerdo con la normatividad vigente en esta materia. Una situación similar se observa para el grupo de adolescentes de 15 a 19 años con incumplimiento del número mínimo de consultas prenatales de 9, 33 y 71 por ciento para el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente.

La institución de atención del parto también refleja los diferenciales socioeconómicos y la desventaja que encaran las mujeres que presentan un embarazo en la adolescencia (gráfica 9). Los datos obtenidos a partir de la base de datos de los certificados de nacimiento muestran la importancia de los servicios provistos por la Secretaría de Salud para la atención del parto y, en menor medida, los otorgados mediante el programa IMSS-Oportunidades. Que las dos instancias que corresponden al acceso a los servicios de salud de manera abierta sean las encargadas mayoritariamente de la atención del parto de las adolescentes refleja las condiciones socioeconómicas y de acceso a servicios de éstas.

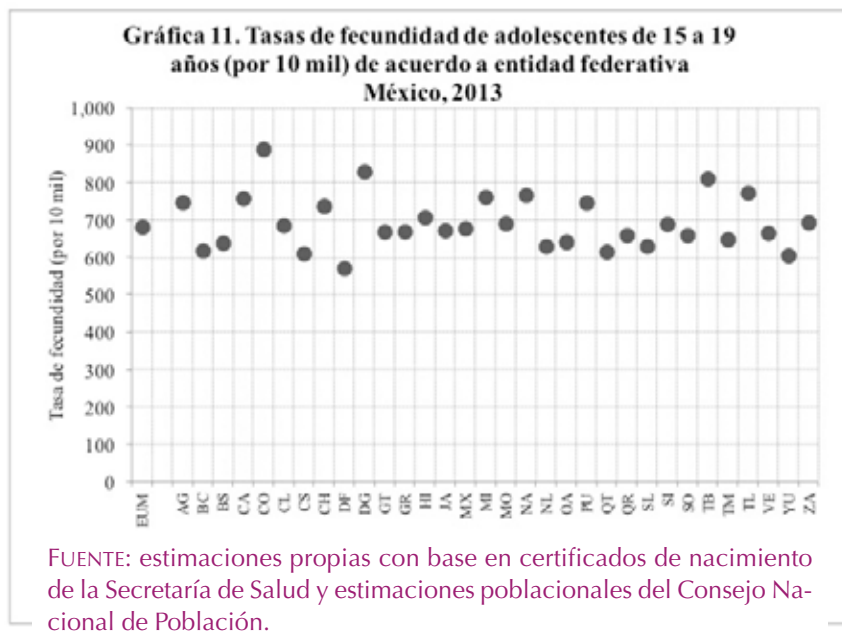
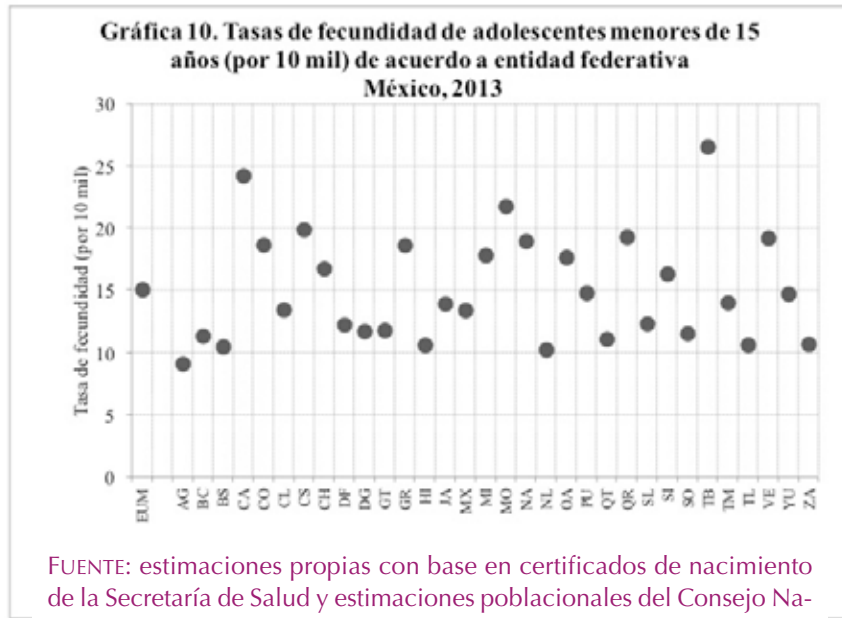


Adicionalmente, se ha observado que distintos indicadores de riesgo se registran con mayor intensidad en los embarazos de las adolescentes, especialmente menores de 15 años, pero también en las de 15 a 19 años comparadas con las mujeres de 20 a 24 o de 25 a 29 años. Por ejemplo, la frecuencia de partos prematuros en adolescentes menores de 15 años en 2013 fue de 8.4 por ciento en contraste con el alrededor de 6 por ciento observado en mujeres de 15 a 24 años; de igual forma, la tasa de bajo peso al nacer fue de 7.8 en el caso de las adolescentes menores de 15 años y de 6.1 para las de 15 a 19 años comparada con 5.5 y 5.4 para las de 20 a 24 y de 25 a 29 años.<sup>29</sup> Estas cifras dan cuenta de los riesgos a la salud del neonato pero también son un reflejo de los asociados a un embarazo durante la adolescencia y posiblemente traduzcan, también, las condiciones de carencias socioeconómicas en las cuales se originan y transcurren algunas de las gestaciones que tienen lugar durante esta etapa de la vida.

El examen de los diferenciales en la fecundidad adolescente por entidad federativa muestra un panorama de gran diversidad. Para el caso de las tasas de fecundidad de adolescentes menores de 15 años en 2013 las entidades federativas con los niveles más altos son Tabasco con 26.6 nacimientos por cada diez mil mujeres menores de 15 años, Campeche con 24.2 y Morelos con 21.8 (gráfica 10). Estas cifras exceden a la estimada para el país (15.1 nacimientos por diez mil mujeres menores de 15 años) en 76, 60 y 44 por ciento, respectivamente. Si bien las estimaciones estatales de la fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años exhiben menores diferenciales entre las entidades federativas en comparación con las adolescentes más jóvenes, de cualquier manera sobresalen las tasas observadas en Coahuila, Durango y Tabasco las cuales equivalen a 890 nacimientos por cada diez mil mujeres de 15 a 19 años de edad, 829 y 811, respectivamente y que representan un fecundidad que rebasa a la registrada a nivel nacional para este grupo de edad (681 nacimientos por diez mil mujeres de 15 a 19 años) en 30, 21 y 19 por ciento, respectivamente (gráfica 11). Los conjuntos de tasas estatales mostrados subrayan, por una parte, la existencia de condiciones culturales, sociales, económicas e inclusive políticas que es nece-

<sup>29</sup> Cárdenas R, “De la suma de desigualdades: el caso del embarazo durante la adolescencia”, *Coyuntura Demográfica*, julio de 2015, núm 8, pp. 25-33.

sario considerar al plantear acciones de política pública orientadas a reducir la fecundidad en edades adolescentes. Asimismo, la importancia de identificar intervenciones específicas para cada uno de estos grupos de edad dado que los patrones de comportamiento de estos indicadores difieren entre las adolescentes menores de 15 y de 15 a 19 años.



El análisis presentado muestra que el embarazo en edades adolescentes ocurre y transcurre en condiciones socioeconómicas de desventaja y que éste se asocia, de acuerdo con lo que la información permite identificar, con una mayor frecuencia de resultados neonatales adversos. Asimismo, que la participación de la fecundidad adolescente, especialmente la observada en el grupo de 15 a 19 años, representa una proporción importante del total de la fecundidad registrada en el país y que la problemática que pone de manifiesto la ocurrencia de estos embarazos no pertenece exclusivamente al ámbito personal sino que, tanto por los factores que subyacen a su acaecer como por las consecuencias que los acompañan, su atención exige sean considerados en el país como una prioridad social y política.

En términos de las acciones a emprender o que han sido iniciadas, una de las más importantes es eliminar el matrimonio de menores de 18 años. Al igual que en el caso de la legislación sobre escolaridad mínima obligatoria, acciones que de manera contundente indiquen que la sociedad considera como sancionables los matrimonios de menores de edad es una forma de atender prácticas culturales que asumen que la entrada en unión de mujeres en edades cercanas a la pubertad no representa una afectación a los derechos de éstas. Otro aspecto a reforzar en el propósito de reducir el embarazo en edades adolescentes es generar condiciones para la construcción de asertividad y autoestima especialmente en las niñas y concientizarlas sobre el control que ellas pueden ejercer en su trayectoria de vida y el cumplimiento de sus propios objetivos. Las acciones para lograr la igualdad de género contribuyen por sí mismas a formar ciudadanos más comprometidos consigo mismos, su futuro y el de la sociedad. De igual forma, el fortalecimiento y ampliación de la educación sexual que se otorga en el contexto del sistema educativo así como acerca a padres de familia las herramientas que mejoren su conocimiento y la comunicación sobre estos temas con sus hijos son elementos indispensables para la reducción del embarazo en la adolescencia así como la incidencia de infecciones de transmisión sexual. Contenidos de educación sexual oportunos, suficientes y adecuados para cada etapa vital forman parte central de una estrategia de atención al embarazo en edades tempranas. Asimismo, garantizar el cumplimiento por parte del Estado de la cobertura universal de los servicios educativos así como abatir

hasta eliminar el abandono escolar. Por otra parte, deben destinarse más recursos a identificar y atender el abuso sexual en todas sus formas incluyendo la formación de parejas con diferencias etarias muy amplias que pueden inclusive estar positivamente sancionadas por las familias o las comunidades. Con relación a los servicios de salud, la mejora en el otorgamiento incluyendo el perfeccionamiento de las herramientas de comunicación y la expansión de la cobertura de atención anticonceptiva son piezas centrales de una política que atienda el fenómeno de embarazos en población adolescente. Un aspecto adicional en términos de política pública es establecer los mecanismos que garanticen la continuidad del entrenamiento escolar o laboral requerido por las mujeres adolescentes embarazadas o que hayan sido madres durante esta etapa de su vida. Es imprescindible que las acciones emprendidas para reducir el embarazo durante la adolescencia reconozcan que la perpetuación de las condiciones de desigualdad que provocan o resultan de un embarazo antes de los 20 años redundan no sólo en una afectación a la vida de esa mujer y de su familia sino de la comunidad y de la sociedad en su conjunto.

Finalmente, es necesario recordar que un embarazo durante la adolescencia no sólo muy posiblemente vulnera el ejercicio del derecho a la reproducción en los términos contenidos en el artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos sino también interfiere con el ejercicio del derecho a la educación, los señalados en este país para los niños, niñas y adolescentes, a un empleo digno, a disfrutar de un estado de salud, su derecho a la igualdad frente a sus pares mujeres que no fueron madres en la adolescencia e inclusive en algunos casos a una vida libre de violencia.

Entre las estrategias que a nivel internacional se están llevando a cabo destacan, además de los esfuerzos por recolectar información estadística suficiente para cuantificar y visibilizar la magnitud de la ocurrencia del embarazo en la adolescencia, las acciones encaminadas a eliminar el matrimonio antes de los 18 años de edad en todos los países.

En el país, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), presentada en enero de 2015, constituye el esfuerzo gubernamental

mental de mayor envergadura para atender y reducir esta problemática social y de salud. Su enfoque multisectorial, la inclusión de distintos grupos de la comunidad (médicos, padres de familia, etc), el establecimiento de mecanismos de monitoreo, la identificación e incorporación de las mejores prácticas registradas a nivel internacional y la definición de un horizonte transexenal con dos metas concretas a lograrse en 2030: eliminación del embarazo en adolescentes menores de 15 años y reducción a la mitad de la tasa de fecundidad registrada en adolescentes de 15 a 19 años hacen de ésta una de las acciones de política pública más ambiciosa de las últimas décadas así como también una que refleja la complejidad de su ocurrencia y la trascendencia que conlleva para el país no atender el embarazo en la adolescencia.

## BIBLIOGRAFÍA

ALMEIDA M da C, Aquino EM, de Barros AP, “School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals”, *Cad Saude Publica*, julio de 2006, año 22, núm. 7, pp. 1397-1409.

BRAMLETT MD, Mosher WD, “First Marriage Dissolution, Divorce, and Remarriage: United States”, *Advance data from vital and health statistics*, mayo de 2001, núm. 323, National Center for Health Statistics.

CABANES A, Ascunce N, Vidal E, Ederra M, Barcos A, Erdozain N, Lope V, Pollán M, “Decline in age at menarche among Spanish women born from 1925 to 1962”, *BMC Public Health*, diciembre de 2009, número 9, p. 449.

CÁRDENAS R, “De la suma de desigualdades: el caso del embarazo durante la adolescencia”, *Coyuntura Demográfica*, julio de 2015, núm 8, pp. 25-33.

CARWILE JL, Willett WC, Spiegelman D, Hertzmark E, Rich-Edwards J, Frazier AL, Michels KB, “Sugar-sweetened beverage consumption and age at menarche in a prospective study of US girls”, *Hum Reprod*, año 30, núm. 3, marzo de 2015, pp. 675-83.

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA (CELADE), “Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina, México Rural”, 1970.

DIARIO OFICIAL. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Primera reforma al artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 31 de diciembre de 1974. Tomo CCCXXVII, número 41, pág. 2.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, junio 10 de 2013. Decreto por el que se reforman los artículos 3º, 4º, 9º, 37, 65 y 66 y se adicional los artículos 12 y 13 de la Ley General de Educación.

DOSSUS L, Kvaskoff M, Bijon A, Fervers B, Boutron-Ruault MC, Mesrine S, Clavel-Chapelon F, “Determinants of age at menarche and time to menstrual cycle regularity in the French E3N cohort”, *Ann Epidemiol*, octubre de 2012, año 22, núm. 10, pp. 723-730.

FERRARO AA, Cardoso VC, Barbosa AP, Da Silva AA, Faria CA, De Ribeiro VS, Bettioli H, Barbieri MA, “Childbearing in adolescence: intergenerational déjà-vu? Evidence from a Brazilian birth cohort”, *BMC Pregnancy Childbirth*, julio de 2013, año 13, p. 149.

GROGGER J, Bronars S, “The socioeconomic consequences of teenage childbearing: findings from a natural experiment”, *Fam Plann Perspect*, julio-agosto de 1993, año 25, núm. 4, pp. 156-161, 174.

HOBBCRAFT J, Kiernan K, “Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion”, *Br J Sociol*, septiembre de 2001, año 52, núm 3, pp. 495-517.

HOSHI H, Kouchi M, “Secular trend of the age at menarche of Japanese girls with special regard to the secular acceleration of the age at peak height velocity”, *Hum Biol*, diciembre de 1981, año 53, núm 4, pp. 593-598.

JANSEN EC, Herrán OF, Villamor E, "Trends and correlates of age at menarche in Colombia: Results from a nationally representative survey", *Econ Hum Biol*, diciembre de 2015, año 19, pp. 138-144.

KAHN JR, Anderson KE, "Intergenerational patterns of teenage fertility", *Demography*, febrero de 1992, año 29, núm. 1, pp. 39-57.

KALMUSS DS, Namerow PB, "Subsequent childbearing among teenage mothers: the determinants of a closely spaced second birth", *Fam Plann Perspect*, julio-agosto de 1994, año 26, núm. 4, pp.149-153, 159.

LEPPÄLAHTI S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O, "Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011", *BMJ Open*, agosto de 2013, año 3, núm 8, p. e003225.

MAHAVARKAR SH, Madhu CK, Mule VD, "A comparative study of teenage pregnancy", *J Obstet Gynaecol*, agosto de 2008, año 28, núm 6, pp. 604-607.

MANLOVE J, "The influence of high school dropout and school disengagement on the risk of school-age pregnancy", *J Res Adolesc*, 1998, año 8, núm. 2, pp. 187-220.

MCCALL SJ, Bhattacharya S, Okpo E, Macfarlane GJ, "Evaluating the social determinants of teenage pregnancy: a temporal analysis using a UK obstetric database from 1950 to 2010", *J Epidemiol Community Health*, enero de 2015, año 69, núm. 1, pp. 49-54.

MOTT FL, "The pace of repeated childbearing among young American mothers", *Fam Plann Perspect*, enero-febrero de 1986, año 18, núm. 1, pp. 5-12.

OTTERBLAD OLAUSSON P, Haglund B, Ringbäck Weitoft G, Cnattingius S, "Premature death among teenage mothers", *BJOG*, agosto de 2004, año 111, núm 8, pp. 793-799.



PAPADIMITRIOU A, “The Evolution of the Age at Menarche from Prehistorical to Modern Times”, *J Pediatr Adolesc Gynecol*, diciembre de 2016, año 29, núm 6, pp. 527-530.

SAVITRIDINA R, “Determinants and consequences of early marriage in Java, Indonesia”, *Asia Pac Popul J*, junio de 1997, año 12, núm. 2, pp. 25-48.

SECRETARÍA DE SALUD, “Norma Oficial Mexicana 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”, 1993.

SMITH DM, Elander J, “Effects of area and family deprivation on risk factors for teenage pregnancy among 13-15-year-old girls”, *Psychol Health Med*, noviembre de 2006, año 11, núm. 4, pp. 399-410.

TSIKOURAS P, Dafopoulos A, Trypsianis G, Vrachnis N, Bouchlariotou S, Liatsikos SA, Dafopoulos K, Maroulis G, Galazios G, Teichmann AT, Von Tempelhoff GF, “Pregnancies and their obstetric outcome in two selected age groups of teenage women in Greece”, *J Matern Fetal Neonatal Med*, septiembre de 2012, año 25, núm. 9, pp. 1606-1611.

WEBB RT, Marshall CE, Abel KM, “Teenage motherhood and risk of premature death: long-term follow-up in the ONS Longitudinal Study”, *Psychol Med*, septiembre de 2011, año 41, núm 9, pp. 1867-1877.

WELLINGS K, Palmer MJ, Geary RS, Gibson LJ, Copas A, Datta J, Glasier A, Scott RH, Mercer CH, Erens B, Macdowall W, French RS, Jones K, Johnson AM, Tanton C, Wilkinson P, “Changes in conceptions in women younger than 18 years and the circumstances of young mothers in England in 2000-12: an observational study”, *Lancet*, agosto 6 de 2016, año 388, núm. 10044, pp. 586-595.



## Violación de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El caso de la “violencia obstétrica”

.....  
Roberto Castro Pérez\*

**E**s un honor esta invitación y la oportunidad que me dan de compartir y de someter a la crítica algunos resultados de investigación que he hecho con una colega, la Dra. Joaquina Erviti, también investigadora del CRIM, durante más de 15 años.

Estamos ante un tema muy controvertido y difícil, pues tiene que ver con la “violencia obstétrica”, una expresión que me parece correcta por economía del lenguaje, pero de la que suelo distanciarme si se trata de ser más riguroso conceptualmente, ya que en realidad prefiero hablar de “violación de derechos de las mujeres durante la atención del parto”.

---

\* Profesor e investigador titular C del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Me parece fundamental la preocupación de la CNDH por este tipo de temas, por abrir espacios para reflexionar y discutir sobre esto, y veremos que, incluso materiales para sustentar lo que desarrollaré más adelante, acompañaré mi presentación de algunos fragmentos de recomendaciones de la propia CNDH.

¿De qué hablamos cuando hablamos de violación sistemática de derechos de las mujeres en servicios de salud reproductiva? ¿es tan solo un tema mediático? Es verdad que últimamente ha sido noticia de algunos medios, pero no, no es solamente un tema “de moda” ya que hablamos de algo que contiene evidencias duras. En primer lugar, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) reporta en sus estadísticas que la especialidad médica de las que más quejas se reciben es precisamente la gineco-obstetricia. Lo cual tiene algo de lógica porque es una especialidad que también da muchísimas consultas, pero incluso si convertimos el número absoluto de quejas en una tasa, es decir, en una cifra que tenga en cuenta el número total de consultas por especialidad, tenemos que la gineco-obstetricia es la especialidad, junto con traumatología, que más quejas reciben por mala práctica médica y/o por maltrato a los pacientes. Del 2003 al 2013, que es el último año que cuenta con estadísticas, tenemos 2,341 quejas recibidas y atendidas por la CONAMED.

En alguna conferencia, hace un par de años, ante un auditorio de especialistas médicos, se me objetaba que esa cantidad de quejas, por 10 años, si tomamos en cuenta que hubo millones de consultas, no representa algo realmente sustantivo; sin embargo, hay que resistir a la falacia aritmética, porque ese argumento que pretende minimizar la importancia de esta gráfica, de estos datos, es un argumento aritmético. Si esos argumentos fueran importantes, tendríamos que olvidarnos también, por ejemplo, de la violencia contra las mujeres. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) reporta una prevalencia del 8% en el 2003, 10% en el 2006, 4% en el 2011, de mujeres casadas o en unión libre, que han sufrido violencia física de parte de sus parejas durante el último año. Si vamos a sucumbir a la falacia aritmética, tendríamos que ocuparnos de otras cosas y decir que “estos números no tienen importancia alguna” y, sin embargo el Estado mexicano está detrás de este problema desarrollando políticas, generando conciencia, desarrollando

instituciones, abriendo espacios de justicia, etc., porque el problema no es una cuestión de estadística o de números y no es cuestión de tener una tasa muy elevada para que sea reconocido como un problema. Y por lo demás, bien vistas las cosas, tanto en el caso de la violencia obstétrica como en el caso de la violencia doméstica, la tasa debería ser cero, así que se le mire desde la perspectiva que sea, desde luego que estamos ante problemas reales y concretos.

Por otro lado, el tema ha cobrado tanta importancia que también, se puede rastrear en el número creciente de quejas por parte de mujeres que han sufrido violencia, que son tantas que la CNDH ha emitido ya dos recomendaciones generales que tiene que ver con el tema. Como bien se sabe, la CNDH emite recomendaciones particulares o específicas a partir de quejas de particulares, pero es facultad de la Comisión emitir recomendaciones generales, por su cuenta, a partir del análisis del propio material que ha acumulado. En ese sentido, en el 2002, emitió la Recomendación General núm. 4, que tiene que ver con el consentimiento informado en planificación familiar (tema muy relacionado con la violencia obstétrica) y la imposición de métodos anticonceptivos sin la debida autorización, contra la voluntad o mediante engaños a las personas que van a usar estos métodos, mayoritaria e inmensamente mujeres. Así pues, entre otras cosas, esta recomendación señala:

Esta Comisión Nacional de Derechos Humanos ha observado, en la atención de diversos expedientes de queja, algunas prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de comunidades indígenas, respecto de la obtención del consentimiento informado en la aplicación de métodos de planificación familiar [...]. Dentro de estas prácticas se ha advertido que el personal médico de las clínicas rurales de las instituciones de salud pública obliga a las mujeres que acuden a consulta a utilizar el dispositivo intrauterino como método de control natal bajo la amenaza de que si no aceptan usarlo pueden perder apoyos de programas gubernamentales.

En otra sección, la misma recomendación dice:

Visitas de trabajo realizadas por personal de este organismo nacional a las comunidades indígenas del país, tanto hombres como mujeres manifestaron que los servidores públicos de las clínicas rurales de las instituciones de salud pública,

tanto estatales como federales, pretenden imponerles métodos de planificación familiar sin su consentimiento y sin informarles adecuada y ampliamente, en especial porque los prestadores de servicios de salud tienden a dirigir autoritariamente la interacción con los y las usuarias. Esta dinámica tiene diversas consecuencias posibles para la salud por la imposición de medidas terapéuticas o anticonceptivas o por omisión.

Además de que la anterior recomendación por sí misma es un documento sumamente importante, me parece notable –para decirlo de la manera más neutral– que la propia Comisión utiliza el adverbio “autoritariamente”, recogiendo el sentir de las personas que han presentado quejas.

Posteriormente, en el 2009, la CNDH emitió una segunda recomendación general, la número 15, sobre el derecho de protección a la salud y dice:

Con base en el análisis de las 11,854 quejas recibidas durante el periodo de enero de 2000 a enero de 2009, se desprenden diversas irregularidades en la prestación de atención médica, como: un trato contrario a la dignidad, poco respetuoso y en algunos casos conductas discriminatorias que afectan el bienestar de los pacientes, falta de atención en unidades de urgencia, atención de manera irregular, maltrato a los pacientes, intervenciones quirúrgicas negligentes, inadecuada prestación del servicio médico y deficiente atención materno-infantil durante el embarazo o el puerperio.

Así pues, además de las estadísticas de la CONAMED, tenemos las anteriores recomendaciones generales de la CNDH, la segunda de ellas basada en casi 12,000 quejas en un periodo determinado de tiempo; datos todos que nos permiten pensar, con sustento, que estamos ante un problema serio, importante, extendido, que no es un problema menor, y que probablemente estemos ante un problema sistémico. Incluso, si bien mi punto de partida es que la inmensa mayoría de los partos en este país se atienden de manera digna, adecuada y correcta, aún así, las evidencias que tenemos muestran que estamos ante un problema de autoritarismo médico que tiene a las principales instituciones de protección y procuración de derechos humanos interviniendo, tanto por iniciativa propia como a solicitud de las personas afectadas, para formular recomendaciones específicas al respecto.

Otro indicador de que el tema de la llamada violencia obstétrica es un problema social de creciente importancia es que ha empezado a ser reconocida la figura de la violencia obstétrica en las leyes. El primer país que introdujo esta noción fue Venezuela en el 2007 y en los últimos años se ha incorporado en el Código Penal de Veracruz y en las Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chiapas, Guanajuato, Durango, Oaxaca y Puebla. La historia de este proceso de legislación es muy interesante en este país., En Oaxaca se llegó a plantear la iniciativa para incorporar la figura a la ley, lo que generó una movilización de diversos sectores. El gremio médico manifestó su absoluto rechazo y ante su amenaza de paro, no se hizo posible.

¿Cómo se define la violencia obstétrica? Dicen, sobre todo las leyes de acceso que es: “Todo acto u omisión intencional por parte del personal de salud que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica”. Ahora bien, hablar de violencia obstétrica da pie a otros temas, pues en este país nos preocupamos y hemos trabajado por prevenir, combatir y erradicar la violencia contra las mujeres y es importante identificar las diversas modalidades de dicha violencia, así como los diferentes tipos, y de pronto entonces descubrir –literalmente, descubrir algo que estaba cubierto– que en los servicios de salud opera una nueva forma de violencia contra las mujeres, resulta de gran relevancia para completar “el rompecabezas” donde todas estas formas de violencia contra las mujeres se van haciendo visibles. En ese sentido, además, es muy importante tener incorporado en algunas leyes, por lo menos, la definición legal de violencia obstétrica.

Desde un punto de vista académico, se ha definido la violencia obstétrica como “un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas, en el ámbito de atención en salud reproductiva y de manera mucho más intensa en el periodo de embarazo, parto y posparto” (Arguedas, 2014: 157). Ello supone –si hay violencia, que no es violencia estructural, sino violencia en el plano interpersonal– que hay poder, pues el concepto de violencia siempre va atado al de poder, entonces habría que pensar –pero éstos son conceptos más exploratorios– si se puede hablar de un poder obstétrico que ha sido definido,

aunque ello deberá ir acompañado de una crítica y análisis, pues no tenemos por qué adoptar como dogmas conceptos que apenas se están desarrollando.

Así pues, “poder obstétrico” sería “esa forma de poder que sobre la base de diversas jerarquías, disciplina los cuerpos de las mujeres mediante la expropiación del trabajo de parto y del parto mismo, con miras a imponer una definición medicalizada de estos procesos al grado de alterar sus ritmos naturales y desplazar a las mujeres a la condición de colaboradoras (veremos que parte de las expresiones de la violencia son las afirmaciones de los médicos como: “señora, no está colaborando”, cuando es ella quien está pariendo)”. Lo que probablemente tenemos son evidencias de lo que se llamaría paternalismo médico que consiste en el ejercicio de la autoridad por parte del profesional en salud, en contra o sin dar espacio para el ejercicio de la autonomía o libre determinación del o de la paciente (Childress, 1982); eso lo tenemos muy documentado, por ejemplo, cuando llega una mujer que busca un tratamiento anticonceptivo y en seguida el médico le dice que debe ponerse el dispositivo, pero ella lo que desea es también ser orientada respecto de los diferentes métodos posibles, y automáticamente el doctor le hace ponerse el dispositivo porque “cree que es la opción que mejor le va”. Es una práctica paternalista, autoritaria que no permite el pleno ejercicio de la autonomía y libre determinación de la mujer para elegir en este caso.

Al respecto, un ejemplo típico: alguna vez al entrevistar a una señora, en una comunidad rural, le preguntamos si había tenido sufrimiento en su último parto; ella contestó que sí porque “me dolía mucho la cabeza, y cuando les dije a los doctores, ellos me respondieron: ‘aguántese usted, así le gustó’”. Tal es el patrón que hemos registrado por todo el país: hacer alusión a la sexualidad. Ocurre con una frecuencia inaudita, como si hubiera alguna falta en ello, es decir, como si hubiera algo que recriminar en el hecho de disfrutar de la sexualidad.

Ante lo anterior es preciso preguntarse algunas cosas, en primer lugar ¿por qué actúan así los médicos? (y hablo de hombres y mujeres con esa profesión, además de incluir al personal de salud como enfermeras), porque no es un problema de sexo, de ser hombre, es más un problema de género, uno debe



preguntarse por qué regañan así a las mujeres que están en trabajo de parto, y por qué hacer uso de una expresión sexualizada que reprime, que hace una alusión a una supuesta falta. La primera pregunta es ¿qué regla se rompió para que los médicos sientan que son los garantes de esa norma y tienen que llamar al orden?; y, en segundo lugar, quién les dijo que ellos son los garantes, suponiendo, sin conceder, que sí se rompió alguna regla.

Llevamos más de 15 años haciendo esta investigación y cuando se tiene una línea de investigación como ésta, se nutre de diversos proyectos que inician y acaban, así que a lo largo de este proceso contamos ya con más de doscientos testimonios de diversa procedencia, de mujeres relatando cómo fueron maltratadas; por nuestra propia cuenta hemos podido hacer observaciones en salas de labor y parto en hospitales públicos, más de 260 horas de observación, más de 130 partos y cesáreas en los que hemos estado presentes, para lo cual capacitamos a estudiantes de antropología (mujeres) para que pudieran estar presentes tomando nota; tenemos entrevistas a médicos de diversas especialidades, acerca de su percepción del aborto, de la sexualidad, de los derechos reproductivos; he hecho 14 grupos focales con estudiantes de medicina, internos, residentes, especialistas recién graduados, especialistas de mucha experiencia (del área de gineco-obstetricia); están las recomendaciones de la CNDH, de las comisiones estatales de derechos humanos, datos de la CONAMED, notas de prensa, etc. Pero el problema es el siguiente: cuando se habla de maltrato a las mujeres en los servicios de salud, el propio *establishment* médico, las autoridades, los académicos, los médicos que estudian el problema (y no son muchos por desgracia), lo ven básicamente como un problema de calidad en la atención, y no es así; nosotros sostenemos que va más allá de eso, es decir, sí hay un problema de calidad, pero es un problema de derechos y nombrarlo con el lenguaje de los derechos es importante por varias razones: en primer lugar, porque sustraemos la construcción del objeto de estudio de las manos de la profesión médica. Son bienvenidos los médicos que deseen estudiarlo, pero debemos hacerlo en equipo y con otros ojos. Cuando se nombra un problema “de calidad en la atención”, normalmente se aplica un esquema gerencial médico donde se ve estructura, procesos y resultados, se analiza si existen recursos, si se trata de una cuestión de actualización médica, etc., y el problema queda “localizado”.

El tema es, en realidad, que llevamos con este problema muchos años *in crescendo* con evidencias nuevas y cada vez más numerosas, lo que nos debería señalar que el abordaje de la calidad de la atención no está resolviendo las cosas de fondo, porque se dejan de lado aspectos fundamentales, tales como: 1) la manera en que se forma a los estudiantes en las universidades y hospitales de enseñanza; 2) la jerarquía de la profesión médica; 3) las condiciones de trabajo, y 4) el impacto que estas cuestiones tienen en el *habitus medico*. Este último es un concepto sociológico; en sociología se entiende la sociedad como un concepto muy amplio al que hay que dividir en campos para su mejor estudio, así pues, tenemos el campo médico, el campo del arte, el campo científico, el de los derechos humanos, el jurídico, etc., lo que facilita el estudio de los fenómenos sociales. Cada campo produce actores que funcionan armónicamente con las reglas que cada uno de éstos posee, por ejemplo, si hablamos de futbolistas, ellos conocen cómo se juega y se vuelven actores en perfecta sincronía con lo que se requiere en el campo del fútbol, de tal manera que no tienen ni que pensar las cosas, sus mejores movimientos son prerreflexivos. Cada campo funcionará eficazmente en tanto los actores se desempeñen en perfecta armonía con las exigencias que aquél impone, el cual, a su vez, producirá actores con un *habitus*, con una subjetividad predispuesta para funcionar con lo que requiere, y esos *habitus* funcionando armónicamente reproducen el campo. Así pues hay una relación simbiótica entre ambos. Este *habitus* es, en resumen, el conjunto de predisposiciones que tienen un origen social y que han pasado a formar parte del propio cuerpo y es en ese sentido que hablamos de “incorporar”, porque se incorpora a la manera de actuar, de pensar, de sentir, de reaccionar, se vuelven cuerpo esas cosas.

En el campo médico, también hay una serie de conductas prerreflexivas, pero que tienen consecuencias. Había mencionado, líneas arriba, que hay diversos factores que forman el *habitus medico*:

- 1) La formación del estudiante. Existe todo un entrenamiento en este campo respecto de cómo deben manejar su cuerpo, no sólo en el nivel de los ademanes, sino también sobre qué pueden sentir, qué emociones deben no experimentar o pretender que no lo hacen, qué sentido del

humor está permitido; es, pues, todo un disciplinamiento corporal que empieza desde el primer semestre en la facultad de medicina, donde se les pide ir de blanco y toda una serie de aspectos que ciertamente son muy importantes y que tienen un efecto en la formación, en la subjetividad.

- 2) Castigos y disciplinamiento. La profesión médica tiene una característica que difícilmente encontramos en otra profesión: el castigo es un vehículo de transmisión del saber.
- 3) Las jerarquías. Esta profesión es en extremo jerarquizada como la militar y, probablemente, la eclesial. Algo que produce la jerarquía es que distorsiona nuestra percepción de la realidad. Además de la existencia de las jerarquías de género, tenemos testimonios recogidos entre médicos y médicas que hablan de la forma en que esta profesión es muy activa, inconscientemente, en reproducir y restituir las jerarquías de género, de tal manera que hay especialidades médicas a las que está prohibido el acceso de las mujeres (por ejemplo, casi no hay cirujanas, porque es prácticamente una actividad de hombres). He realizado grupos focales con médicos en los que hablamos sobre estos asuntos y se vuelven grupos de “catarsis”, ellos hablan sobre sus experiencias y después vienen justo eso, una “catarsis”. Al final, al preguntarles sobre la opinión que tienen de esas experiencias de abuso que sufrieron en sus años de formación, responden que son cosas que tuvieron que pasar, porque eso los “curte”, les “forma el carácter”, lo que nos regresa al punto 1: cómo fueron disciplinados, instruidos, formados.

En una ocasión, en uno de nuestros proyectos, una antropóloga observaba a los médicos en su práctica. Ella tenía la instrucción de anotar todo cuanto pasara, esto es lo que narra:

A la mujer se le zafó la canalización por la que recibe el suero, la enfermera está intentando canalizarla nuevamente, le dice: ‘señora, su mano, no la mueva, si no, la voy a picar’, al interior de la sala hay ajeteo, sin embargo, la mujer conserva la

calma y permanece callada y quieta. El médico se encarga de amarrarle las bracerías [pues está a punto de parir y el médico la está colocando en posición] y checar las piernas. Una de las enfermeras pregunta al médico: ‘¿Le va a hacer episio?’ [episiotomía, es decir, el corte en el perineo que se realiza para agrandar el canal de salida del bebé y facilitar su paso] y el médico responde inmediatamente: ‘claro, a todas, de castigo’, haciéndose el chistoso, pero con cara de serio.

Lo fundamental en el anterior testimonio es la celeridad de la respuesta, su inmediatez, su espontaneidad, que refleja el *habitus* autoritario en exhibición, fue una respuesta prerreflexiva, y uno podría preguntarse: “¿Por qué habría que castigar a las mujeres?” La respuesta no está en la elaboración consciente del personal, es decir, probablemente interrogando seriamente a ese médico, él diría que se trataba de una broma, a todas luces, pero es un dato fundamental lo que emerge en primera instancia. Los chistes siempre son contextuales, no se podría hacerlo ni comprenderlo, si no se diera por sentada y si no pudiera evocarse la supuesta jerarquía que existe entre el médico y las pacientes. Porque, ¿cómo castigar a un subordinado? Yo castigaba a mis hijas cuando eran pequeñas, el maestro castiga a sus alumnos, el confesor le impone penitencia (es un castigo) a un feligrés (que funge como subordinado), así que hablar en términos de castigo supone muchas cosas para que ese “chiste” sea posible en ese contexto.

Otro ejemplo:

El médico le ordena a una enfermera que le pase unos guantes y dirigiéndose a la mujer en trabajo de parto le dice: ‘esto no te va a doler, confía en mí’, la mujer se resiste a la exploración [sabemos que un tacto en pleno trabajo de parto es muy doloroso y es una técnica usada para medir los centímetros de dilatación y calcular el grado de avance] y el médico le dice: ‘que no duele, ya por favor, parece que estamos jugando contigo o qué, ¡separa las piernas! Angélica, ¿quieres que te ayude o no?’. La mujer grita muy fuerte y casi no hace caso de lo que le indican, lo que desespera a quienes le atienden, ‘¡me duele!’, dice la mujer, y el médico responde: ‘Oye, Norma Angélica, tranquilita eh’, y la enfermera interviene: ‘Angélica, separa las piernas por favor’, con voz fuerte e imperativa, y el médico dice: ‘se trata de la vida de tu hijo, nosotros no estamos para jugar contigo’, la enfermera le dice al médico: ‘mire, le da la contracción a la señora y no está pujando, no está cooperando’. La mujer se retuerce sobre sí misma dentro de la estrecha ca-

milla y la enfermera dice: ‘te falta mucho, al rato, si sale con problemas tu bebé , tú vas a ser la única culpable y nadie más’, en forma de amenaza.

¿De verdad el médico cree que la mujer está jugando? No. Y ¿entonces por qué dijo eso? El *habitus* se asoma, prerreflexivo, automáticamente y deja ver una relación de poder y un reflejo autoritario que ha sido inculcado y que está funcionando para someter. Parto de la base de que los médicos ni son tontos ni son malas personas, pero se comportan así porque el *habitus* se revela, exteriorizan una serie de reacciones prerreflexivas con las que han sido formados para responder. Y cualquiera que sea el origen de sus actos, desde luego los médicos son imputables de responsabilidad.

Tenemos, además, el argumento constante de que si una mujer no “cooperar” se va a tardar más y hasta va a nacer mal el bebé, lo que representa otro dato importante y un ejemplo del autoritarismo médico. El poder tiene la facultad de describir el mundo en los términos que le convienen, pues quien está realizando el trabajo de parto es la mujer y quienes están ahí para cooperar son los médicos, pero dada la jerarquía de poder vigente se puede nombrar el mundo al revés y decirle a la señora que quien está ahí para cooperar es ella y como la jerarquía es eficiente las propias mujeres pueden identificarse con ese lenguaje; algunas de ellas, después del parto y al entrevistarlas, nos decían: “pues yo siento que sí cooperé”, se describen a sí mismas con ese lenguaje.

En otro caso documentado, está un médico, un anestesista y un residente (aquellos que están entrenándose para ser especialistas) atendiendo a una mujer y entre ellos bromeaban. Si nunca han estado en una sala de parto de un hospital público, probablemente no sepan que suele ocurrir que los médicos se lleven una grabadora y escuchen música a altos volúmenes, porque según ellos es bueno para manejar el estrés. Así pues, estas tres personas estaban platicando respecto de un parto anterior en el que se murió el bebé en manos de la persona encargada de recibirlo (uno de los tres). Su plática giraba en torno a que “siempre se le mueren los bebés” a esta persona. Mientras la mujer está pariendo, ellos hablan sobre eso y en ese contexto ocurre el siguiente diálogo (igualmente anotado por una de las antropólogas que colaboró en este proyecto):

la mujer interrumpe a los médicos y pregunta: ‘¿qué fue, niña o niño?’, ‘eso no se pregunta, se pregunta si está bien’, contesta con indignación la interna, ‘¿está bien mi bebé?’, pregunta la mujer con obediencia, ‘en eso estamos’, contesta la interna con ganas de no contestar nada más y con eso se concluye la conversación. No le dicen si se trata de niña o niño y si está bien o no, sólo la humillan; después de un rato la mujer insiste: ‘¿está bien?’. Yo me desespero [dice la antropóloga que está observando] y me involucro y pregunto si está bien, a lo que la interna responde que ‘sí, el bebé está bien’. La mujer se tranquiliza y cierra los ojos.

Así como los ejemplos anteriores, hay una serie de mecanismos que podemos sistematizar y que operan regularmente en la sala de labor y de parto:

*Promoción de la conformidad y la obediencia.* En los hospitales públicos hay ocho o diez mujeres (cada una en una cama, y a veces sin siquiera cortinas de por medio) en trabajo de parto, con contracciones y cuando están a punto de parir son trasladadas a otra área. Observábamos, por ejemplo, a una mujer en trabajo de parto gritando por los dolores y a otra mujer al lado diciéndole: “señora, no grite tanto, que así no la van a atender”, lo que nos hacía preguntarnos: ¿cómo sabía esa persona o por qué decía que gritando no se le iba a atender? ellas lo saben y es una especie de consejo de buena fe que pueden darse unas a otras. Algo en la organización hospitalaria, orientada a ser eficiente, envía ese mensaje.

*Descalificación de los conocimientos y opiniones de las mujeres.* Decir que no le duele lo que le está pasando a una mujer en labor de parto o situaciones similares abundan, y ese sentimiento, esa sensación y el dolor quedan anulados desde la posición de los médicos o de las enfermeras.

*Desacreditación de las mujeres como personas que sufren.* Existe algo a lo que llamamos “producción de la no persona”, que es un fenómeno sociológico. Por razones comprensibles, los médicos deben trabajar con distancia respecto del dolor de los demás, porque no pueden exponerse ni vincularse con el sentir de cada persona a la que atienden, pues ello resultaría devastador; deben trabajar de manera rutinaria con las emergencias de los demás. El problema es que ese

rasgo profesional sirve de vehículo para muchas otras cosas, por ejemplo, descalificar a otro como una persona que sufre y no tomar en cuenta sus necesidades.

*Relativización del papel de las mujeres en el parto.* Lo que mencionaba anteriormente, de cambiar su rol a “colaboradoras” cuando son las protagonistas.

*Estrategias de presión colectiva para obtener el consentimiento de las pacientes.* Entre médicos y enfermeras presionan a las mujeres, por ejemplo, en la mención de la recomendación de la CNDH la mujer que va a informarse sobre métodos anticonceptivos y termina siendo obligada a usar al dispositivo. Es un trabajo en equipo, por parte del personal médico, para insistir sobre algo que una mujer debe hacer hasta que ésta acepta.

*Mecanismos alusivos a la sexualidad.* La serie de ejemplos que ya se ha mencionado, donde a las mujeres se les maltrata haciendo uso de expresiones sexualizadas.

La defensa de las instituciones

¿Cómo se defienden las instituciones ante los requerimientos de la CNDH? Para analizar esto, salimos de los hospitales y fuimos a los archivos de la Comisión disponibles en internet. Encontramos algunos casos interesantes. Por ejemplo, una queja atendida por parte de una señora en un hospital del IMSS en Aguascalientes por negligencia médica y contracepción forzada, en la que se señala:

Además de la muerte del bebé, se señala que mientras estaba anestesiada, ‘no supe quien [señala la señora], me agarraron la mano y me hicieron firmar unos documentos, los cuales no sé qué contenido tenían’. Finalmente, mencionó el quejoso [el esposo de la señora], que al parecer operaron a su esposa para ya no tener hijos en contra de su consentimiento y autorización, así como del suyo.

La Comisión manda un oficio al hospital y éste responde a su vez con un oficio que dice:

‘Se platica con la paciente respecto de su alto riesgo obstétrico y reproductivo, por lo que era conveniente efectuar oclusión tubaria y al no haber familiares en sala de espera, la paciente decide aceptar el método de planificación familiar sugerido, firmando el documento de consentimiento informado, estando consciente y bien orientada. Por instrucciones del médico que practicó la salpingloclasia, el enfermero recabó la firma de consentimiento a la paciente en el formato respectivo’.

La CNDH concluye, de dicho formato en el que está la firma de la señora:

‘Sobresale es espacio relativo a la aceptante, nombre y firma o huella, toda vez que no obstante que la agraviada sabe firmar como quedó anteriormente establecido, y en ese lugar aparecen unas letras que pretender ser el nombre de la agraviada sin sus apellidos, escritos de manera casi transversal a la línea de firma diferente a la estampada en la autorización inicial de la operación, lo que crea convicción en este organismo nacional respecto a lo afirmado por la agraviada en relación a que le agarraron la mano y la hicieron firmar’.

¿Cómo pudo el IMSS esgrimir esa defensa?, ¿no pensaron siquiera que la Comisión iba a investigar sobre la legitimidad de esa firma? Qué clase de *habitus* profesional les hacen pensar que tienen posibilidad de sobrevivir a una estrategia de defensa de ese tipo?

En otro caso, encontramos:

El 1º de octubre se recibió un escrito presentado por un quejoso donde señaló, entre otras cosas, señaló que el trato hacia las primerizas es deficiente, ya que el médico que revisó a su esposa por la noche del 16 de mayo solamente le hacía el tacto diciéndole que no se quejara, además cuando su esposa estaba en la sala de labor y se quejaba del dolor, lo único que hicieron fue decirle que se aguantara porque ella se había buscado su situación.

El IMSS se defiende:

‘El 16 de julio se recibió en esta comisión el informe del Dr. José Antonio Rivera Robles, manifestó que a las 22:30 horas del día 16 de mayo realizó la primera revisión a María del Rosario Álvarez Hernández y encontró una dilatación de 3cm



más un borramiento del 70% sin alteraciones, agregó que la paciente mostró poca cooperación al momento de practicar la revisión y a las seis horas la paciente presentó 9cm, etc., el Dr. agregó que la paciente fue poco cooperativa, narró que finalmente se trasladó a la señora Álvarez a la mesa de expulsión, con dilatación y borramiento y le explicó la forma de hacer fuerza para la expulsión del producto, pero no respondió e hizo caso omiso de las instrucciones, razón por la cual el periodo de expulsión tardó tanto tiempo’.

¿Qué sugiere una defensa de este tipo?, ¿por qué desde punto de vista del médico su defensa gana fuerza si se insiste en que la mujer mostró poca cooperación o que no respondió e hizo caso omiso de las instrucciones? Y lo que es muy interesante es que en alguna queja parecida a ésta, la respuesta de la Comisión fue algo así como: “Y si bien es cierto que de acuerdo a lo que se acredita por parte del IMSS la mujer no se mostraba cooperadora, el personal de salud debe (...), etc.”: lo que me llama la atención es que incluso el lenguaje de la propia Comisión está colonizado médicamente, porque hablan de mujeres que cooperan o no lo hacen, aspecto en el que se debe poner especial atención.

Esta queja que sigue es mucho más antigua que las anteriores, lo que me hace suponer y esperar que no se presenten en estos días quejas similares; se trata de una recomendación de 1994 a una mujer a la que le colocaron un dispositivo sin su consentimiento y el IMSS se defendió diciendo:

A la paciente se le colocó el dispositivo intrauterino tomando en cuenta las normas de control de fertilidad que rigen a la institución, estaba indicado médicamente y era indispensable en este caso para espaciar el periodo intergenésico. El médico está autorizado para tomar decisiones en beneficio de la paciente, por lo que no obstante que ella manifestó que no aceptaba el método, le fue colocado el dispositivo con el fin de preservar su salud y ello no implica negligencia médica alguna.

Lo evidente no se juzga. ¿Qué lecturas del mundo, qué sistemas de percepción y apreciación de la realidad, qué *habitus* se requieren y qué campo lo produce para esgrimir en defensa propia que se puede indicar médicamente un DIU, aun en contra de la voluntad de la mujer?

Ahora bien, lo que necesitamos es revisar en qué consiste ese *habitus* médico autoritario, pero cuáles son también las características del campo que lo produce, pues si queremos transformarlo necesitamos pensar en qué innovaciones se requieren en el campo médico. Es un reto enorme porque se trata de mantenerlo o hacerlo incluso más eficiente, al tiempo que se desarma, se inhibe la formación de esa propensión al autoritarismo que se percibe en el *habitus* de los médicos.

## CONCLUSIONES

Primera. No sostenemos que todos los partos sean atendidos así, pero hay un patrón muy significativo.

Segunda. Lo que propongo es estudiar el problema sociológicamente. Reducirlo a un asunto de calidad es invisibilizar la cuestión de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Pensamos que para empezar a comprender y descifrar el origen del problema, es necesario nombrarlo correctamente, con un lenguaje propio, no medicalizado.

Tercera. Estamos frente a formas de abuso que no son delitos, por ejemplo, las expresiones tales como: “ah, pero antes sí abrió las piernas”, son difíciles de perseguir como delito, y tampoco podemos decir que sea mala práctica médica, pues no tiene consecuencias sobre la salud. Hablamos de prácticas que caen en terreno de nadie y sostenemos que al consumarse estas formas de expropiación de derechos se da un salto cualitativo que posibilita conductas mucho más graves, esas sí incluso punibles penalmente. Así, la prevención verdadera está en evitar que se dé ese primer “salto”.

Frente a mis estudiantes sostengo que para que podamos hacer un buen trabajo sociológico, necesitamos partir de la base de que los médicos son buenas personas, profesionales, porque si no, entonces ya tenemos una explicación de lo que ocurre ahí: “a la medicina se meten todos los miserables, moralmente deleznable, etc.” Pero eso no explica nada: en general las y los médicos son per-

sonas honorables que cumplen con sus impuestos, saludan, respetan a los demás, funcionan dentro de su familia y tienen una vida “normal” como toda persona. Son profesionales, pero justamente el profesionalismo médico así está hecho, de razgos autoritarios que se manifiestan en el contexto del trabajo, por lo que debemos romper esa caja, ver cómo se hace a esos profesionales, y entonces intervenir para combatir ese problema de raíz; de lo contrario, todo se queda en buenas intenciones, en introducir un curso de ética en la carrera que no resultará de gran ayuda, porque, aunque nunca sobran esos cursos, esa no es la verdadera solución al problema.

Cuarta. La posibilidad de una verdadera transformación del autoritarismo médico no depende solamente de programas de sensibilización, sino de una transformación de las relaciones de poder dentro del campo médico. Necesitamos pensar en los servicios de salud como un problema de ciudadanía: el día que dejemos de nombrar a las y los pacientes como eso, “pacientes”, y los pensemos como ciudadanos, estaremos en otro nivel. “Pacientes” connota una relación, una jerarquía, una predisposición, toda una cosmovisión.

Quinta. Por supuesto que las condiciones de trabajo de los médicos son difíciles, pues hay una gran demanda y los servicios están saturados y no siemore bien equipados ni surtidos de todo el material que se requiere. Incluso me conmueve en ocasiones por los líos en los que se ven involucrados cuando en un periódico se publica cómo un médico manda a una señora que va tener a su bebé a caminar y no le dan cama y el niño nace mientras la señora está caminando, etc. A mí, que he estado en hospitales, que con frecuencia acudo a las clínicas rurales y urbanas, me consta que, en efecto, no hay camas, no es que ellos sean malas personas y las manden a otro lado para que no “incomoden”, es que las condiciones del hospital no permiten la recepción de tantas usuarias. El personal de salud sí está sujetos a grandes dilemas y dificultades. Pero ello no los exime de responsabilidad por sus actos.

Por otro lado, también es cierto que hay pacientes agresivas que han atacado a los médicos mientras las atienden; lo último que deseo es hacer una caricatura de los médicos, ni como verdugos o como culpables únicos, carentes de la vir-

tud necesaria para ser médicos; o, en el extremo opuesto, como “inocentes” que no pueden hacer nada porque son productos de las horribles condiciones de trabajo que tienen. Lo que deseo enfatizar que es necesario pensar de manera adulta el asunto y tomar en cuenta todas las complejidades para saber cómo proceder con todo ello. El análisis sociológico como el que hemos presentado aquí puede ser de gran ayuda. En mi libro sobre la práctica médica autoritaria (Castro y Erviti, 2015), se puede encontrar un análisis mucho más detallado de toda esta problemática.

#### REFERENCIAS:

Arguedas Ramírez, Gabriela (2014), “La experiencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”, Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe, vol. 11, núm, 1, pp. 155-180.

Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.

Childress, J. (1982). *Who should decide? Paternalism in Health Care*. Oxford, Oxford University Press.

## Salud materna, una prioridad de salud pública y derechos humanos

.....  
Raffaella Schiavon Ermani\*

**E**l tema de la Salud Materna ha sido un tema prioritario en salud pública; constituyó uno de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 5),<sup>30</sup> cuyo indicador es la Razón de Muerte Materna —RMM— es decir el número de defunciones por causas maternas por cada 100,000 Nacidos Vivo (NV) pero pero creemos que representa en realidad una puerta de entrada para reflexionar sobre el derecho a la salud y el acceso universal a la salud; temas que son además parte de las líneas transversales del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud de la presente administración.<sup>31</sup>

Trataremos de darle un enfoque bajo los dos aspectos que se anuncian desde el título de la presente colaboración.

---

\* Directora general de IPAS México.

<sup>30</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>

<sup>31</sup> <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf> y [http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce\\_salud/prosesa/prosesa.html](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html)

Deseo comenzar revisando el contexto de los derechos, desde la perspectiva internacional de los derechos sexuales y reproductivos, bajo el marco de los tratados, las convenciones, los consensos, la jurisprudencia y las recomendaciones internacionales; me referiré a una aportación específica, que como Comité Promotor para una Maternidad Segura en México (CPMSM) hemos tratado de integrar recientemente en las políticas públicas nacionales, la cual se refiere a cómo abordar la perspectiva de derechos humanos en salud materna, cómo aterrizarla en políticas públicas, qué significa en este contexto y en la salud reproductiva en general.

Como segundo tema, deseo señalar el problema de la violencia de género y su impacto en la salud, con una breve mención a la violencia obstétrica y, finalmente, mencionaré algunos de los indicadores más duros desde el punto de vista de la salud pública con relación a la mortalidad materna, a nivel internacional, pero sobre todo aterrizados a nivel nacional.

¿Cuál es el marco internacional que cobija esta visión de la salud en general, y de la salud materna y reproductiva en especial? Seguramente ya todo el público estará familiarizado con los instrumentos internacionales y regionales pertinentes: el Programa de Acción emanado de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo (1994),<sup>32</sup> la Plataforma de Acción de Beijing (1995),<sup>33</sup> la Convención de Belém do Pará de 1994<sup>34</sup>—que tiene que ver específicamente con el aspecto de violencia—, la Convención sobre los Derechos del Niño,<sup>35</sup> la Convención Americana sobre los Derechos Humanos de 1969;<sup>36</sup> el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de 1979,<sup>37</sup> incluyendo sus observaciones y recomendaciones a los estados par-

---

32 <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/icpd1994.htm#i1>

33 <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

34 <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

35 <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

36 [https://www.oas.org/dil/esp/tratados\\_B-32\\_Convencion\\_Americana\\_sobre\\_Derechos\\_Humanos.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf)

37 <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>

tes; el llamado “Consenso de Montevideo”<sup>38</sup> —resultado de Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe— además de algunas referencias muy relevantes y actuales de jurisprudencia internacional y regional, en especial una sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que mencionaremos en detalle.

En el marco internacional de los Derechos Humanos, la CEDAW es uno de los referentes más importantes para el tema de la salud, de las desigualdades y de la lucha contra la violencia y la discriminación contra la mujer. Bien se sabe que ante los Comités Internacionales que dan seguimiento a los tratados y convenciones correspondientes, los países tienen que rendir cuentas de manera periódica y emiten para ello un informe oficial (Examen Periódico) de avances y cumplimientos; sin embargo, los comités reciben también informes alternativos por parte de la sociedad civil; los Comités generan en respuesta observaciones y recomendaciones específicas. México ante CEDAW ha recibido una serie de recomendaciones importantes en este tema (emitidas en 2012), a las cuales el Estado tendrá que dar seguimiento y respuesta.<sup>39</sup>

El Consenso de Montevideo, que fue la primera conferencia regional de seguimiento al Plan de Acción del Cairo, emitió una serie de recomendaciones de avanzada en Latinoamérica, en particular en relación a la salud materna y a la salud reproductiva, en un marco de respeto al derecho a la libre elección reproductiva. El reto será dar seguimiento a este consenso, cuya segunda reunión sobre el tema se llevará a cabo en México.<sup>40</sup> Entre los acuerdos que se subscribieron se encuentran, por ejemplo, aquellos relativos a la definición de derechos sexuales y reproductivos, a los derechos de los menores, a la obligación de los Estados de proveer educación y servicios de salud, a la obligación de los mismos de atender el problema del aborto inseguro; y, como una declaración innovadora en este contexto internacional, la invitación a todos los estados a modificar

---

38 [http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso\\_montevideo\\_pyd.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf)

39 [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/CEDAW\\_C\\_MEX\\_CO\\_7\\_8\\_esp.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/CEDAW_C_MEX_CO_7_8_esp.pdf)

40 La segunda reunión de seguimiento se llevó a cabo en la Ciudad de México, del 6 al 9 de octubre de 2015: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860_es.pdf)

sus legislaciones entorno al aborto para proveer servicios en un conjunto mínimo de causales legales (*D. ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA: 4. Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos*, pg. 16 del documento).

El anterior fue un consenso suscrito por todos los países de la región; vale la pena señalar que justamente en América Latina tenemos a algunos de los países con las legislaciones más restrictivas del mundo, que no permiten el aborto legal ni siquiera cuando está en riesgo la vida de la madre. Por lo mismo, es relevante el haber logrado, en esta conferencia regional, un consenso tan de avanzada.

Existe finalmente una jurisprudencia internacional que deseo señalar, emanada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en noviembre de 2012; esta sentencia histórica se pronunció, después de mucho tiempo de reflexión, sobre un caso sometido por la Comisión Interamericana, conocido como *Artavia Murillo vs. Costa Rica*.<sup>41</sup> Una pareja con problemas de infertilidad (Artavia-Murillo) reclamó al Estado de Costa Rica la falta de atención, pues les habían negado los servicios de reproducción asistida. Las razones aducidas para negarles la atención se relacionaban con el tema del manejo de embriones, y con el concepto de la “defensa de la vida desde la concepción”, principio rector del Estado de Costa Rica. Si bien se trata de una sentencia específica, en realidad genera una jurisprudencia que trasciende al problema de la infertilidad y de la reproducción asistida, y se involucra en temas más generales y muy relevantes. Por ejemplo, hace un análisis de los derechos reproductivos, definidos como “*el derecho a la vida privada y familiar y el derecho a la integridad personal en relación con*

---

41 [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_257\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf)



*la autonomía personal, la salud sexual y reproductiva, el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico y el principio de no discriminación”, en suma una serie de derecho a tomar decisiones sobre la reproducción y derecho a la salud, en su sentido amplio, de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que implica no sólo la ausencia de enfermedades, sino la presencia de un estado de bienestar físico, psicológico y social. En la sentencia, se ratifica que el derecho a tomar decisiones sobre la reproducción implica no solo el derecho a controlar la fecundidad (vía acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos), sino también el derecho a tener hijos biológicos, incluso con el apoyo de determinadas tecnologías cuando éstos no puedan lograrse de manera natural.*

Ahora bien, en esta sentencia se retoma un tema –el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo muy invocado por algunos grupos conservadores– donde se señala: “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida, este derecho está protegido por la ley y *en general* a partir de la concepción”. Este artículo ha sido utilizado por los grupos conservadores para afirmar que el óvulo fertilizado o el embrión tiene derechos absolutos de protección, al igual o por encima de la mujer, por ejemplo. Al respecto, la CIDH opina en la sentencia que es solo la Corte la que puede interpretar el significado y el alcance del artículo en cuestión; que, al afirmar que la vida está protegida desde la concepción, la Corte no quiso aducir una protección absoluta del óvulo fertilizado, ya que “existía un reconocimiento internacional y comparado del concepto de protección gradual e incremental de la vida en la etapa prenatal”, y que tal derecho “no puede interferir con otros derechos establecidos en el mismo instrumento internacional”. También aclara que la *concepción* no es sinónimo de *fertilización*, sino se refiere al momento en que el óvulo fertilizado empieza a interactuar con el organismo materno, es decir, a partir de la *implantación*. Esta sentencia viene a dar una certidumbre legal, pero también biomédica, a la definición de embarazo, ya que no hay ningún marcador biológico o médico que nos pueda decir cuándo tuvo lugar la fertilización; y esta definición se ha incluido con la misma claridad en la nueva Norma Oficial Mexicana

NOM-007 *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.*<sup>42</sup>

Este tema de la definición del inicio del embarazo, y de las diferencia entre anticoncepción y aborto, ha sido largamente discutido, en especial en relación al mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia.

Es esencial conocer algunos elementos básicos de la fisiología reproductiva para aclarar estas diferencias. La *fertilización* del óvulo tiene lugar aproximadamente entre una semana o diez días antes de su *implantación*, por lo que hay una cuestión de temporalidad y al mismo tiempo de selección natural, ya que de todos los óvulos que se logran fertilizar, un porcentaje mínimo logra implantarse. Sería muy complicado desde el punto de vista biomédico así como ético y legal, reconocer la personalidad jurídica de un óvulo fertilizado que nunca tendrá oportunidad de implantarse; además, no existe un examen clínico que indique en qué momento se fertilizó el óvulo. Por el contrario, es posible determinar el momento en que el óvulo comienza a “pegarse” al organismo materno, ya que comienza a producir una proteína (Gonadotropina Coriónica Humana: HCG), misma que puede medirse en una prueba de embarazo. Es por ello que resulta imposible atribuir seguridad jurídica, y biológica, a un evento que *en vivo* no se puede medir.

Adicionalmente a la definición misma de *concepción*, la Corte entra en detalles sobre lo que significa la *defensa de la vida*, cuando habla de la indivisibilidad de los derechos: señala al mismo tiempo que no hay una primacía de un derecho sobre los otros; que hay una gradualidad de los derechos entre el óvulo fertilizado y la mujer, y que esta gradualidad, la relación entre los derechos de estas dos entidades, va modificándose conforme progresa el desarrollo del producto.

---

<sup>42</sup> [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

Por todo lo anterior, a pesar de que la sentencia está relacionada con la salud reproductiva y en particular con la infertilidad, tiene una aplicación muy amplia con los temas que estamos discutiendo.

Otro documento internacional de gran relevancia que quiero mencionar aquí, son las *Orientaciones Técnicas sobre la Aplicación de un Enfoque Basado en los Derechos Humanos a la Ejecución de las Políticas y los Programas Destinados a Reducir la Mortalidad y Morbilidad Prevenible Asociada a la Maternidad, Salud Materna y Derechos Humanos*, documento propuesto por el Consejo de Derechos Humanos y aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas.<sup>43</sup> En este documento, se encuentran una serie de recomendaciones en las que la Asamblea señala qué significa generar políticas y programas basados con un enfoque de Derechos Humanos relacionados con la Salud Materna. El Comité Promotor para una Maternidad Segura ha elaborado, a partir de esta guía técnica, una versión resumida y accesible<sup>44</sup> para difusión y disseminación entre diferentes públicos, desde el sector salud hasta el sector justicia, entre legisladores, tomadores de decisiones y ejecutores de políticas públicas.

¿Qué son estas Orientaciones Técnicas? Constituyen un enfoque basado en los derechos humanos que tiene la ventaja de determinar quiénes son los titulares de los derechos y quiénes son los responsables de hacerlos efectivos, es decir, las mujeres como titulares de los derechos y el Estado como responsable de hacerlos efectivos. También determina las obligaciones que ello implica: fortalecer la capacidad de los titulares de los derechos —exigibilidad de los mismos— y la capacidad de los responsables de cumplir e identificar cuáles son sus obligaciones para hacer efectivos los derechos. Ayudan a entender los problemas y las barreras existentes para el cumplimiento de estos derechos, al pasar de una visión de “reducción de la razón de mortalidad materna” —como la hemos entendido hasta ahora— a un enfoque de promoción de la salud materna y de los derechos humanos. Un ejemplo similar de transformación de paradigmas, más fácil de entender, puede ser recordar cómo pasamos de una

---

43 [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf)

44 <https://issuu.com/cpmsm/docs/morbilidad-completo>

política de planificación familiar en México en los años de 1970, con una visión esencialmente demográfica, de control de la natalidad, de reducción del crecimiento poblacional, a una política actual que se basa en la autodeterminación reproductiva, en el hecho de poder acceder a los métodos anticonceptivos como un derecho humano.

Considero que es el mismo trabajo que tenemos que hacer en términos de salud materna. Cuando enfocamos los problemas de salud materna como un asunto de derechos humanos, esto implica un cambio de paradigma que nos permite enfocarnos a la salud globalmente, como un derecho humano y no sólo en enfermedades específicas: luego entonces, lo que se tiene que lograr con las políticas públicas, no es solamente la reducción de las muertes maternas, sino que debemos enfocarnos a alcanzar un acceso general al derecho a la salud. Se debe promover la mejora de la calidad de la atención y visualizar a las mujeres como agentes activas en su salud, no como receptoras pasivas de un tratamiento, y empoderarlas para que puedan reivindicar sus derechos a partir de este concepto.

Esta nueva visión en políticas públicas tiene la potencialidad de transformar los sistemas nacionales de salud de aparatos administrativos, proveedores de insumos y de paquetes básicos de intervenciones diagnósticas y terapéuticas - como nos hemos acostumbrados a manejar en el Seguro Popular – a un verdadero “sistema de salud”, que tiene la obligación de volverse justo, efectivo y universal para la provisión de salud. Nos permite ver estos servicios como parte de las obligaciones que los Estados tienen para garantizar los derechos humanos de las mujeres; vincular la entrega de los servicios de calidad como garantía del derecho a la salud, a la no discriminación, al buen trato, al consentimiento informado, etc.; y eso implica adoptar medidas para garantizar *la totalidad* de los derechos, no sólo *algunas* intervenciones en salud y de prevención. Por ejemplo, cuando hablamos del derecho a un aborto seguro y legal, desde Ipas México, a quien represento aquí, siempre afirmamos que a una mujer no le puedes garantizar sólo la prevención, no le puedes garantizar sólo la anticoncepción, tienes que asegurarle también el acceso a un aborto seguro, si la prevención falla. Así como en el caso del cáncer cérvico-uterino, no le puedes garantizar sólo

la detección, el acceso al papanicolau, pues si a esa mujer le da cáncer, le debemos asegurar el acceso a las intervenciones curativas que sean necesarias. Es decir, los sistemas de salud deben asegurar el acceso a lo que en salud pública se denomina el *continuum* de la atención. Lo mismo en relación a las medidas para erradicar la discriminación contra la mujer y la violencia basada en el género, abarcando todas las otras violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y niñas, como el matrimonio y el embarazo precoz y, por supuesto, el embarazo forzado y la violencia sexual. Lo importante, como ya mencionaba, es que todo esto es parte integral del marco normativo de nuestro país, que las normas relativas a los derechos humanos se deben de interpretar de conformidad con la Constitución y con los tratados internacionales, favoreciendo el principio *pro persona*, y la protección más amplia de los derechos que se ratifica de manera contundente en la reciente reforma constitucional mexicana.<sup>45</sup>

Así pues, la responsabilidad del Estado en temas de salud implica que no puede violar los derechos, pero tampoco puede retroceder en sus avances (el principio de progresividad y de no regresividad); debe garantizar su protección frente a la violación de los agentes externos, públicos y privados; e implementar medidas administrativas, presupuestales y de políticas públicas.

En la interrelación entre derechos humanos y salud materna, en especial, así como en salud reproductiva, hemos visto que hay un gran marco de referencia internacional, integrado por una serie de guías, lineamientos y recomendaciones. Quiero mencionar aquí las guías emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), enfocadas en la prevención y eliminación de la falta de respeto y del abuso durante el nacimiento institucionalizado en instituciones de salud,<sup>46</sup> así como otro documento de la OMS para asegurar el respeto de los derechos humanos en la provisión de la información y de los servicios anticonceptivos:<sup>47</sup> los dos son ámbitos donde es frecuente la violación de los

---

45 [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM\\_ref\\_194\\_10jun11.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_ref_194_10jun11.pdf)

46 [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)

47 [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/human-rights-contraception/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/es/)

derechos humanos de las personas, en dos momentos claves de la atención en salud en el ciclo reproductivo, donde, como es frecuentes, las víctimas de tales violaciones son las mujeres.

Con lo anterior, me acerco al segundo tema que deseo esbozar, el de la violencia de género, pero sobre todo en relación con la salud de las mujeres en general, y con la salud materna en especial, así como en relación a la forma en que se ha identificado la violencia obstétrica en este conjunto de violencia de género. Ello reforzado con una serie de documentos internacionales y de encuestas tanto nacionales como internacionales que nos dan una idea del tamaño del fenómeno y del impacto que tiene la violencia en la salud y en la vida de las mujeres.

La violencia, en general, independientemente del género de la víctima, tiene un impacto en su salud, pues además de generar consecuencias inmediatas, también provoca aquellas que se presentan a mediano y largo plazo, como la morbilidad y la mortalidad por secuelas físicas, y los problemas de salud mental (el síndrome de estrés postraumático, la depresión, la ansiedad y hasta el suicidio).

Es importante aclarar aquí, ya que es otro tema polémico y con frecuencia tergiversado por grupos conservadores, que no hay evidencia de tales impactos y secuelas entre mujeres que han optado por un aborto inducido. Donde y cuando se presentan secuelas en la salud mental, éstas no son consecuencias directas del aborto, sino de las condiciones y circunstancias que las mujeres sufrieron al interrumpir, con frecuencia de manera clandestina e insegura, un embarazo no deseado o forzado, por violencia sexual directa, o por antecedentes de violencia en general; se han identificado, por ejemplo, conductas autolesivas, que van desde abuso de sustancias como alcohol y drogas, conductas autodestructivas como el tabaquismo, autoagresión, conductas sexuales no protegidas y de riesgo.

Adicionalmente, hay estudios que sugieren que las personas con antecedentes de haber padecido repetidamente violencia, tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades no transmisibles (como diabetes, hipertensión, cardiopatías, obe-

sidad, etc.), y de no buscar atención oportuna y temprana para tales padecimientos.

La violencia de género, en especial, tiene un impacto específico sobre la salud de las mujeres, ya que sabemos que las mujeres y niñas víctimas y sobrevivientes de la violencia —en especial de violencia sexual— están expuestas a riesgos más elevados de embarazos no planeados y no deseados, no sólo como resultado agudo de una violación, sino por el impacto crónico que tiene sufrir la violencia: falta de empoderamiento y falta de conductas de autocuidado, que las hace mucho más expuestas a patologías reproductivas, desde embarazos no planeados y abortos inseguros: las víctimas y sobrevivientes de violencia tienen un riesgo dos veces mayor respecto a población control y un riesgo 1.5 veces mayor de contraer infecciones de transmisión sexual. También corren un riesgo aumentado de volver a vivir violencia de pareja, no necesariamente con la misma pareja, pues son conductas que se reproducen a lo largo de la vida de las mujeres. Finalmente, aumenta el riesgo también de padecer violencia en el embarazo, ya que éste no es un factor protector, al contrario, puede volverse un desencadenante de la misma, causando aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer, aumento en la mortalidad infantil y problemas en la conducta y en el desarrollo de los niños.

La violencia que las mujeres sufren durante el embarazo y sobre todo la atención al parto o al aborto por parte del sistema de salud, es una forma también de violencia de género: se trata de un tema actual, polémico y en el cual, por desgracia, no hemos encontrado a la fecha enfoques correctos y eficientes para enfrentarlo y superarlo. Esta forma de violencia contra las mujeres se ha llegado a denominar *violencia obstétrica* en la región latino-americana (hasta hace muy poco, no existía un término equivalente en otros idiomas o en otras partes del mundo). Sin embargo, es un fenómeno común en la región, a pesar de la resistencia que se tiene en ámbito médico y ginecológico para reconocer este problema. La violencia obstétrica es el resultado de un conjunto de situaciones que se dan en el contexto de la atención del embarazo y parto, y que implica por un lado, un *maltrato médico*, debido a malas prácticas por falta de conocimientos, por hipermedicalización en el parto y por la omisión de maniobras recomen-

das; por el otro lado, implica un *maltrato psicológico*, y finalmente también implica una negación, manipulación u omisión de la información durante el manejo en el parto o en el embarazo. Sin embargo, el ciclo de la violencia obstétrica, como el ciclo de la violencia en general, es complejo y tiene múltiples causas, tiene que ver con factores relacionados con el sistema de salud y con las condiciones de trabajo del personal de salud,<sup>48</sup> asimismo tiene que ver con el curriculum oculto de la formación médica, y por supuesto es una expresión de la violencia de género y de la discriminación que sufren las mujeres y las niñas (sobre todo las más pobres y marginadas) en su comunidad y en la sociedad en general. En este conjunto complejo de problemas, enfocarnos hacia la criminalización de prácticas o individuos específicos, no necesariamente constituye el mejor camino para enfrentarlo.

Entre los factores relacionados con el sistema de salud y con las condiciones de trabajo del personal, sabemos que es un hecho cotidiano en nuestros hospitales, encontrar unidades saturadas, directivos que tienen escasa formación administrativa o gerencial (es común que un ginecólogo con buenos conocimientos clínicos se vuelva director de un hospital, pero sin tener ninguna formación administrativa ni gerencial); también hay insuficiencia en la infraestructura y en los recursos humanos y materiales —la relación entre disponibilidad de recursos humanos en salud (número de enfermeras, de médicos generales y de especialistas) con la población, en nuestro país, es muy baja comparada con el nivel esperado por su nivel de desarrollo.<sup>49</sup> Es común también, en nuestro sistema de salud, enfrentarse a la ausencia de redes funcionales de servicio que aseguren referencias oportunas y eficientes al nivel más alto de capacidad resolutive: hay mujeres que vagan de un hospital a otro buscando atención, hay rechazo y negación de servicio por parte de las diversas unidades de atención, porque están sobresaturadas o por temas de derecho-habienencia —por ejemplo, las mujeres que no están inscritas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) enfrentan muchos problemas para ser atendidas en hospitales del IMSS.

<sup>48</sup> En la guía de derechos humanos y salud materna que mencionamos arriba, se encuentra efectivamente mención de los derechos de los profesionales de la salud, a condiciones dignas de trabajo, a insumos suficientes y horarios decentes.

<sup>49</sup> <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/Briefing%20note%20-%20Mexico%202014.pdf>



Son comunes la búsqueda multi-hospitalaria, el parto fortuito (en jardines o sanitarios de hospitales y centros de salud, que se vuelve noticia en la prensa). En respuesta, se han diseñado medidas normativas y administrativas, como el Convenio de Atención a la Emergencia Obstétrica,<sup>50</sup> que permiten hacer obligatoria la atención a una mujer en estas circunstancias, independientemente de su derecho-habencia; pero su implementación es lenta e insuficiente.

Adicionalmente, tenemos una demanda y competitividad creciente en la atención en salud, con nuevas emergencias epidemiológicas en el país, relacionadas con obesidad, diabetes, envejecimiento poblacional etc., emergencias de enfermedades “crónicas” típicas de países desarrollados; y al mismo tiempo, seguimos lidiando con la desnutrición, con infecciones, con la fecundidad adolescente y con la muerte materna, que son fenómenos típicos de países subdesarrollados. Esto implica competir por recursos, visiones y prioridades, en momentos en los cuales los recursos se hacen más escasos, y los estados más débiles.

En cuanto a las metodologías de formación profesional, en los contenidos curriculares así como a lo largo del entrenamiento clínico, en la manera en cómo se aprende en nuestras universidades, en especial en medicina, podemos constatar que se privilegian la obediencia y la jerarquía, la reproducción automática de las prácticas de los “maestros”, el castigo hacia los inconformes, los críticos o los innovadores. Pero la violencia sufrida termina por ser a su vez ejercida, en un ciclo perverso, en cualquier ámbito, incluido el ámbito de la atención en salud. Como ejemplo, les comparto el testimonio de un médico que aprobó el examen para la residencia en un Instituto Nacional de Salud, en la Ciudad de México —lo que implica ser muy bueno para llegar ahí, y haber pasado una enorme selección— quien me dijo que había renunciado porque se quedó dormido en sala operatoria. Los estudiantes, internos y residentes tienen turnos de trabajo de 36 o 48 horas, condiciones que ya se consideran inhumanas e inaceptables en otros países. Por ejemplo, en Europa, se ha reconocido la obligación de los Estados de indemnizar a los médicos y residen-

---

<sup>50</sup> [http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion\\_de\\_la\\_Emergencia\\_Obstetrica.pdf](http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica.pdf)

tes que en años anteriores fueron sometidos a estos turnos tan extenuantes de trabajo. Los médicos y en general, el personal de salud en formación, se ha vuelto en realidad mano de obra barata, algo que le cuesta poco al Estado, que cubren los turnos cuando no está el médico especialista, cuando no está el adscrito, etc. Y sin embargo, uno de los problemas es que, una vez que sobreviven a esa violencia, las personas con frecuencia la aprenden y la naturalizan o simplemente la reproducen.

Ahora bien, en el fenómeno de la violencia obstétrica, no existe solo la escasez de insumos, la ignorancia o las pobres condiciones de trabajo: también hay un componente claro de violencia de género y de discriminación hacia las mujeres en general, pero además una fuerte discriminación social, hacia aquellas más pobres, marginadas y/o indígenas. Quien no ha oído, en las salas de parto de nuestro país, y de muchos otros países, frases como: “si sigues gritando, tu niño va a nacer tonto”, “antes sí abriste las piernas, ¿no?”, “¿así gritabas cuando te lo estaban haciendo?”. Estos testimonios provienen de un reporte llamado “Con todo al aire”<sup>51</sup> —expresión surgida de la simbología de la bata que tiene que abrocharse por detrás, para dejar al desnudo una parte del cuerpo de hombres y mujeres, para dejarla “expuesta” a las revisiones e intervenciones médicas. Se trata, pues, de un reporte de Argentina, para que notemos que no sólo en México existe esta problemática, sino que es muy común en la región, lo que hace aún más urgente nuestra obligación de enfrentarla.

Finalmente, después de este panorama sobre la vinculación entre salud materna, derechos humanos y violencia de género, quiero terminar con un breve panorama, unos datos duros epidemiológicos de cuál es el perfil de la mortalidad materna y la salud materna en el contexto internacional y nacional.

La salud materna es probablemente uno de los indicadores más sensibles de inequidad porque tiene que ver con las condiciones llamadas “determinantes sociales de la salud” (pobreza, falta de educación, de escolaridad, falta de acceso al desarrollo por el lugar de residencia –rural o urbano– y la edad). En un repor-

---

<sup>51</sup> [http://www.cladem.org/pdf/con\\_todo\\_al\\_aire\\_reporte](http://www.cladem.org/pdf/con_todo_al_aire_reporte)

te reciente de la Organización Mundial de la Salud, se analizan estos cuatro factores, como indicadores de inequidad en salud reproductiva, materna y neonatal. El lema del reporte es “Everyone, Everywhere, Always” (“todos, en cualquier lugar, siempre”, concepto de la universalidad del derecho a la salud).<sup>52</sup> Dicho reporte es importante pues ilustra nuestro deber de cumplir con la reducción de las brechas.

En ocasiones, en nuestros indicadores, en los reportes nacionales o en los informes que emitimos ante los cuerpos y comisiones internacionales, se reporta exclusivamente el *valor promedio* de un determinado indicador, pero más que el promedio, lo importante es la diferencia entre lo peor y lo mejor dentro de ese promedio, pues deberíamos tender a reducir esas brechas.

La situación de la salud materna, como comentamos en un principio, se mide como la *razón de mortalidad materna*, es decir, el número de muertes maternas por cada mil nacidos; este indicador nos ayuda a comparar países donde hay muchas mujeres, muchos partos —y por ende puede haber muchas muertes maternas— con países en los que hay pocos partos y pocas muertes. Esta “proporción” permite “normalizar” los datos contra un denominador común.

La RMM es, probablemente, como ya apuntaba, uno de los indicadores más sensible de inequidad y de desigualdades, entre países pero también dentro de un mismo país.

En el reporte, se analizan las “brechas” en salud sexual, reproductiva, materna y neonatal, en términos de diversas intervenciones y servicios: la atención prenatal, la cobertura de atención calificada del parto, la prevalencia del inicio temprano de lactancia materna, la cobertura en vacunas, la cobertura anticonceptiva, la mortalidad en menores de 5 años, etc., cruzándolas por los diversos indicadores de desigualdad: el sexo, el estatus socio-económico, el lugar de residencia y el nivel educativo. En este análisis, realizado en 86 países de bajo y medio nivel de desarrollo, se comparó por ejemplo la cobertura anticonceptiva

---

<sup>52</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164590/1/9789241564908\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164590/1/9789241564908_eng.pdf)

por métodos modernos en mujeres que no tenían algún nivel de educación, *versus* aquellas con educación primaria completa o educación secundaria –ya que el nivel educativo representa un determinante social del acceso a información, a servicios y al uso de métodos para el control de la natalidad. En casi la mitad de los países, el uso de métodos AC modernos fue dos veces más alto entre mujeres con nivel de secundaria o más, que entre mujeres sin ningún nivel educativo. Y sin embargo, vale la pena resaltar el caso de Etiopía, un país que, a través de estrategias de políticas públicas enfocadas a garantizar el acceso universal a la salud y a la planificación familiar, ha logrado aumentar de manera sensible la cobertura anticonceptiva aún en mujeres con bajos niveles de educación.

En la última parte de esta participación, revisaremos brevemente algunos datos recientes nacionales, en términos de mortalidad materna y de mortalidad por aborto, como ejemplo de indicadores en salud, y para analizar el grado de cumplimiento o al contrario, de violación al derecho a la salud, en particular la salud materna y la salud reproductiva, de las mujeres en nuestro país.

A través de análisis secundarios de datos oficiales, en la organización que tengo el honor de presidir (Ipas México, A.C.)<sup>53</sup> hemos ido monitoreando los reportes oficiales de muertes maternas entre 1990 y 2013:<sup>54</sup> en este periodo, se registraron 29,822 muertes maternas, de las cuales 3,718 fueron en adolescentes de 15 a 19 años y 168 en niñas de 10 a 14 años. Para darnos una idea del fenómeno, esto equivale a que se hayan desplomado un total de 100 jumbos cargados de mujeres embarazadas, en proceso de parto, etc.; de estas 29,822 muertes, una de cada 13 (2,186 defunciones) se debieron a causas relacionadas con el aborto. Al analizar la distribución por tipo de causas de muerte materna, en términos porcentuales, podemos observar la importancia que tienen las muertes relacionadas con trastornos hipertensivos -como pre-eclampsia y eclampsia - específicos del embarazo; siguen las causas relacionadas con la hemorragia, y las denominadas causas obstétricas indirectas, las cuales han ido aumentando en

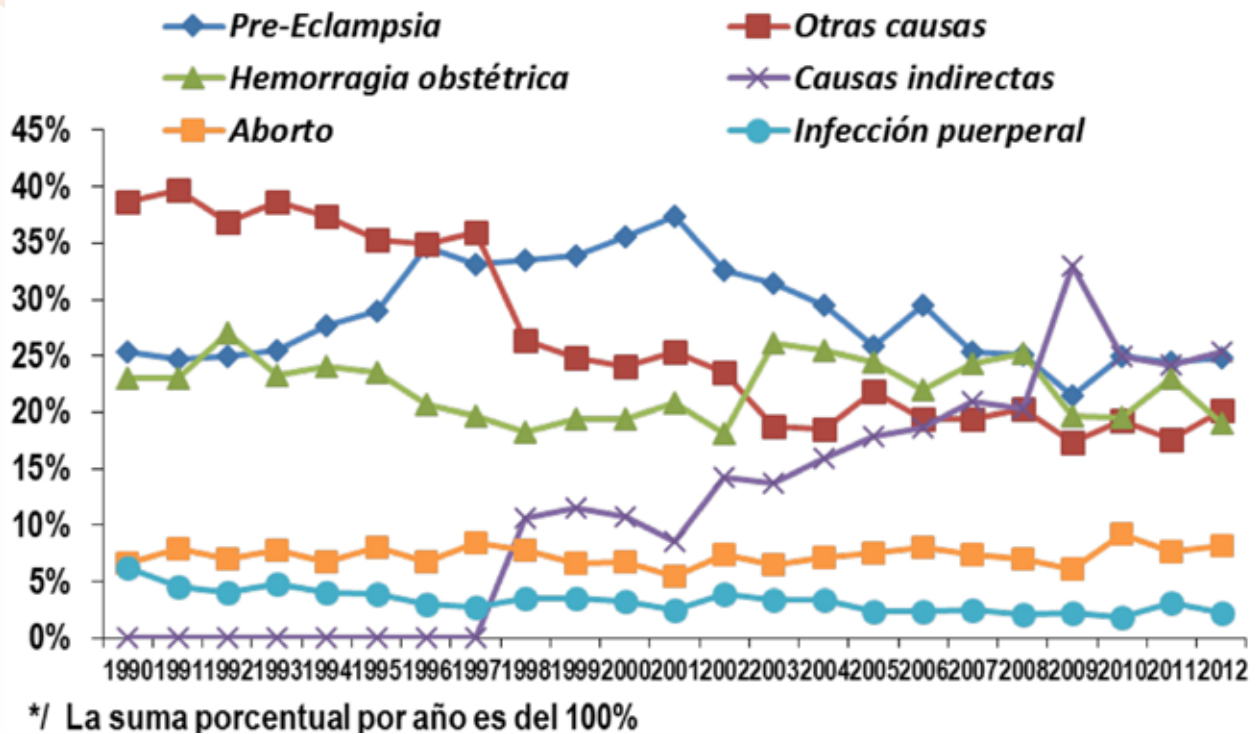
---

<sup>53</sup> La Dra Raffaella Schiavon Ermani dejó el cargo de Directora de Ipas México a finales de Diciembre 2016.

<sup>54</sup> En este artículo, se reportan los hallazgos hasta 2013, mismo que se presentaron en la ponencia correspondiente.

el tiempo, y actualmente han pasado a representar la primer causa de muerte materna (ver. Fig.1).

Figura 1. MM: distribución porcentual por grandes grupos de causas, México 1990-2012



¿Cómo se definen las causas de muertes obstétricas indirectas? Son aquellas enfermedades que las mujeres ya padecen independientemente del embarazo (diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía, cáncer, inmunosupresión, insuficiencia renal, etc.) pero que el embarazo complica hasta causar la muerte; también incluyen aquellas enfermedades que las mujeres pueden contraer durante el embarazo, como por ejemplo, la influenza, las enfermedades infecciosas respiratorias, etc. En 2009, por ejemplo, durante la epidemia de la influenza H1N1, las defunciones de mujeres embarazadas que contrajeron esta virosis fueron particularmente numerosas, causando un pico en las muertes obstétricas indirectas en ese año. (Fig.1)

Todo ello nos habla de la *doble vulnerabilidad* de las mujeres: por un lado, ellas experimentan una vulnerabilidad única y específica ligada a sus funciones reproductivas (que se expresa en particular en la morbilidad materna); y, por el otro lado, comparten con los hombres, la vulnerabilidad ligada a las patologías emergentes. Como mencionamos anteriormente, en años recientes, las nuevas emergencias en salud pública están constituidas por las enfermedades crónicas no transmisibles (la diabetes, la obesidad y todas las complicaciones que derivan de ellas). Pero las mujeres, cuando sufren de sobrepeso y obesidad, de diabetes, de hipertensión, etc., son doblemente vulnerables, porque un eventual embarazo agrava y complica tales patologías, y las expone al riesgo de que se compliquen y hasta terminen con su vida. En este sentido, con estas mujeres, el Estado tiene múltiples responsabilidades y obligaciones, porque debería proporcionarles los medios para *prevenir* (con anticoncepción de alta complejidad, en caso de patologías crónicas); los medios para *detectar* oportunamente el alto riesgo del embarazo; las medidas adecuadas para *tratar* y *referir* en caso de complicaciones y emergencias obstétricas; y finalmente, la consejería adecuada para, en su caso, *interrumpir el embarazo*, si este representa un riesgo para la salud y la vida de la mujer (aborto terapéutico). Es importante notar que, a diferencia de lo que creen muchos profesionales de la salud,<sup>55</sup> todos los códigos penales, desde el penal federal así como los códigos estatales del país, contemplan la exención de la responsabilidad penal en caso de la interrupción de un embarazo que atenta a la salud o pone en riesgo la vida de la mujer.

Cuando hablamos de brechas, como señalaba anteriormente, los indicadores de desigualdad son el nivel socioeconómico, el lugar de residencia, la educación y la edad; al analizar el riesgo de muerte materna vs. la *edad*, podemos notar que éste aumenta en los extremos de la vida reproductiva, es decir, en mujeres muy jóvenes (en particular en menores de 15 años) o mujeres más grandes, a partir de los 30 o 35 años: en ambos grupos, la razón de muerte materna sube de manera significativa comparada con mujeres de 20 a 24 años de edad.

<sup>55</sup> Montoya-Romero J de J, Schiavon R, Troncoso E, Díaz-Olavarrieta C, Karver T. Induced abortion in Mexico: what do Mexican Ob/Gyn know, think and do. *Ginecol Obstet Mex.* 2015 Jan;83(1):23-31.

En cuanto a las muertes maternas, de acuerdo a la institución de atención, podemos mencionar que es significativamente mayor en instituciones como Seguro Popular y el ISSSTE.

De acuerdo con datos que proporcionado por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, en un análisis sobre los riesgos de morir por diferentes causas de muerte materna en los 125 municipios más pobres comparado con los 50 más ricos, el resultado arroja un porcentaje 5 veces más alto en las mujeres de los municipios pobres. Por causa específica podemos llegar hasta 17 veces más; casi 5 veces más el riesgo de morir por aborto, 3.17 veces más por causas hipertensivas, etc. Las brechas de desigualdades en suma, son un indicador muy claro del impacto producido por factores como la discriminación, que aplica en todos los niveles y etapas del proceso de atención, desde la información a la que tienen acceso las mujeres hasta su posibilidad de acceder a los servicios de salud.

Deseo finalizar con una propuesta de enfoque que retome el tema de derechos humanos y varios temas abordados aquí de manera muy resumida, que es una propuesta que hace el Comité Promotor para una Maternidad Segura, sobre cómo enfrentar el tema de la salud materna y no sólo hablando del tema de la reducción de las muertes maternas. En general, éste se engloba en un contexto de acceso universal a la salud materna y reproductiva, a una necesidad de integrar diferentes perspectivas desde la perspectiva intercultural, de acuerdo a las recomendaciones internacionales, desde el enfoque de derechos humanos y el enfoque de género, y de una mejora de la calidad que implica la calidad técnica, es decir, la promoción de las mejores prácticas, la eliminación de las prácticas innecesarias, no basadas en evidencias y hasta nocivas.

El Comité ha asumido tres direcciones esenciales: *maternidad segura*, *maternidad elegida* y *maternidad gozosa*. La *maternidad segura* tiene que ver con eliminar o reducir el riesgo de enfermarse y morir durante el embarazo, parto o aborto, lo que implica mejorar la calidad de la atención, en todos los niveles, no sólo en los hospitales, sino también en centros de salud del nivel primario de atención. Hay de hecho una necesidad importante de fortalecer el primer nivel

de atención, en términos de infraestructura, de disponibilidad de insumos esenciales en salud materna y reproductiva y de capacitación del personal de salud. Es cierto que un centro de salud no tendrá un banco de sangre, pero los trabajadores de la salud deben saber qué hacer con una mujer que está sangrando, desde el *triage* obstétrico, la identificación del riesgo, la aplicación de las maniobras obstétricas básicas para el manejo oportuno y la estabilización, y deberán contar con mecanismos inmediatos, oportunos, universales, de referencia y de traslado. Se debe garantizar el acceso universal a la atención obstétrica de emergencia, independientemente de la derechohabiencia, asegurando el acceso a insumos y a intervenciones esenciales para todas las mujeres.

La *maternidad elegida* quiere decir que cada mujer tiene derecho a decidir sobre su reproducción, lo que conlleva el derecho a la educación e información, derecho a la prevención, a programas de planificación familiar; el acceso a la más amplia gama posible de métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia, con un énfasis muy especial en la población adolescente; el fortalecimiento de la anticoncepción después de un parto, de un aborto, de un evento obstétrico y la posibilidad de tener acceso al aborto seguro en casos de un embarazo no deseado e incluso forzado, en caso de violación y en los casos en los que el embarazo representa un riesgo para la vida y la salud de las mujeres.

Finalmente, la *maternidad gozosa* implica que el embarazo y el parto no deben ser vistos (y tratados) como una enfermedad, como una patología, sino como un evento fisiológico, generalmente deseado y que implica, por ende, una atención de calidad con un modelo de atención diferente de lo que encontramos en este momento en la mayoría de los sistemas de salud. Para la implementación de este nuevo modelo de atención, se requiere también el fortalecimiento de nuevos cuadros, de nuevos y diversos profesionales de la salud, no necesariamente médicos, como las parteras profesionales y las enfermeras perinatales. Esta es una de las deficiencias que tenemos en México y que agrava la ya de por sí pobre proporción entre profesionales de la salud y la población a ser atendida. En países como Chile, por ejemplo, la columna de la atención obstétrica se basa en las matronas (u obstetrices); pero en nuestro país, no existe actualmen-



te un cuadro profesional así formado, aun cuando hay un esfuerzo importante para generar más recursos profesionales de este tipo. Se debe, igualmente, implementar una estrategia nacional de parto “humanizado”, un parto respetado, donde pueda estar presente un miembro de la familia, un acompañante, donde se respeten los tiempos y los procesos fisiológicos, sin intervenciones que a menudo no están basadas en la evidencia, son innecesarias o de plano dañinas. Es necesario encontrar modelos que nos permitan llevar a cabo estas reformas, no necesariamente en un hospital, más bien en primer nivel de atención, en “casas de parto”, generando espacios y modelos diferentes de cuidado; cerca del hospital, donde se garantice la referencia para el manejo oportuno de las complicaciones, Así mismo, es urgente capacitar y sensibilizar al personal de salud para eliminar la “violencia obstétrica”; se trata de un gran reto, que nos obliga a enfrentarlo de una manera coordinada, sumando esfuerzos y promoviendo la participación protagónica y sostenible de mujeres y actores locales, de la sociedad civil y los diferentes cuadros de profesionales de la salud. Es indispensable reducir la cesárea innecesaria –lo cual es un tema que tenemos en común con otros países– y desarrollar estrategias comunitarias y participativas para mejorar la salud materna. Hay ejemplos de buenas prácticas que permiten y promueven esta participación, y existen países que la han desarrollado, como Perú que tiene algunos modelos muy interesantes de participación social y comunitaria, así como de algunas comunidades indígenas.

Aquí, en este marco de una maternidad segura, elegida y gozosa, es donde puede confluir una nueva visión de salud y de derechos, para que todas las mujeres, independientemente de su nivel de educación y riqueza, puedan ejercer libremente su derecho a tener o no tener hijas e hijos, y a conservar plenamente su salud, su libertad y su vida.



## Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas. Reproducción elegida y parto tradicional humanizado

.....  
José Almaguer González\*

**S**i hablamos de violencia, es de notar que existen pocos estudios específicos. En artículos publicados en México se señala que hay violencia hacia las mujeres en general, pero parece que se agudiza, según dice la OMS, hacia las adolescentes y más aún en el servicio que requieren cuando están embarazadas, pues se les cuestiona fuertemente ese hecho; pero, si además hablamos de mujeres indígenas de bajos recursos, también se enfrentan a tratos similares.

Hemos tenido, por lo menos, dos recomendaciones muy sólidas, claramente sustentadas de la CNDH. La primera en 2001 (si bien es cierto que esta Dirección nace en agosto de 2002, podemos decir que nos “inauguramos” con esa recomendación), lo que nos provocó el ánimo de avanzar en el sentido de no esperar a nuevas demandas o quejas, y construir un camino positivo, tal es el espíritu de este modelo, construir un camino para evitar esos efectos.

---

\* Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud.

Existen elementos que hablan de la violencia, y que aunque no lo parecen están ahí, por ejemplo no darle agua a las mujeres en trabajo de parto, y nos menciona que sólo el 14% de los hospitales ofrecieron agua a las mujeres, y tratándose de centros de salud, sólo el 26%, pero es como si a un corredor de alto rendimiento no se le hidratará lo suficiente; tampoco hay libre movimiento, se les dice: “ahí te quedas”, “acuéstate, porque es la única manera”; se les niega el acompañamiento, pues usan el argumento de la falta de espacio; no hay posibilidades de una libre posición al momento del parto; la entrega inmediata del recién nacido a la madre; corte rápido del cordón y atención al recién nacido, etcétera.

Si hablamos del uso de anticonceptivos, entre la población indígena existe un 57% de mujeres hablantes de lenguas indígenas que usa este método, lo cual es positivo, pero lo que se debe analizar es cómo se ha llegado a ese número y qué procedimiento ha hecho posible este fenómeno, qué hay detrás de esto pues si consideramos la dificultad cultural de acceso a la anticoncepción y, enseguida, la dificultad de acceso a los servicios (desde cómo llegar por la lejanía de un Centro de Salud de la comunidad), solamente para recibir el anticonceptivo, el medicamento o la atención, que podrían considerarse como barreras, ese 57% es un reconocimiento a esas mujeres indígenas que optan por un procedimiento de este tipo.

Las políticas públicas deben ser viables para llevarse a la práctica; en este caso, los programas de salud deben estar debidamente sustentados. Cuanto tiempo pasa desde que surge una idea, una expectativa, de una persona o de un grupo de personas, hasta que llega a política pública. Por ejemplo, en el caso particular del parto, y el embarazo en general, podemos decir que se “expropió de la sociedad” pero en especial se expropio de las mujeres y en general solo considerando la opinión del personal institucional, y eso aunque no se dice, es violencia institucional y en buena medida violencia de género, con ello la atención se fue a los hospitales, ocurriendo que hubo un 70% de cesáreas en hospitales privados y casi un 50% en hospitales públicos, lo que significa que uno de cada dos niños nace por cesárea en México. Ello no sólo acarrea consecuencias económicas (que ya es mucho), por todos los costos que implica, y es justo eso a lo

que me refería cuando hace aproximadamente cuatro años vinimos a presentar este modelo, con cautela, a un grupo de mujeres de la CNDH, porque deseamos que este programa esté al alcance del mayor número de mujeres posible.

Actualmente, con la intención de empatar una idea o una expectativa de la gente para transformarla en política pública, estamos viviendo una experiencia, con todo este enfoque intercultural al que me refiero, con pacientes de Parkinson, se trata de una propuesta bien organizada, lo que es alentador en respuesta a que encontramos con una demanda en la que se expresaba que era insuficiente lo que otorgaba el sistema nacional de salud, a los enfermos con párkinson pues a lo más que se aspira es a la atención de un neurólogo –cuando hay–, algunos tenemos la suerte de ir a grandes institutos, como el Instituto Nacional de Neurología y, de nuestra parte no fuimos a preguntarle a los médicos ni al sistema de salud, porque las respuestas eran las mismas, sino que investigamos cuál es la frontera tecnológica, qué recursos se encuentran disponibles en otros países, qué modelos médicos existen, y escuchando esto, hombres y mujeres de este país, bien organizados, comenzamos a ofrecer alternativas de masaje, ejercicio saludable con *qi gong* herbolaria, homeopatía y acupuntura. Éste es un ejemplo de una estrategia bien planteada, y encaminada ojala muy pronto a incidir en una política pública.

Volvamos, pues, a nuestro tema del parto, en cuyo programa estamos bien coordinados con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva encargado de esa atención, pues reconocemos el derecho de la mujer de disfrutar de su embarazo y el parto, además de encontrar el mejor modelo de atención.

Por ejemplo, una enfermera que, durante su pasantía en un hospital de Tula, estuvo en la sala de parto humanizado, en la que a la mujer en labor de parto le permitieron entrar con su mamá, pudo ser testigo de cómo la situación automáticamente cambió y se volvió menos dramática, y al enviarnos su reflexión, esta enfermera nos comenta: “no es que queramos regresar al pasado, pero debemos tomar lo mejor, que a menudo es lo más sencillo”. Con estos casos, la Dirección General de Planeación y Desarrollo de Salud, donde se encuentra la Di-

rección de Medicina Tradicional, constata que debe impulsar la política de interculturalidad en salud, reconocer las diferencias, enriquecerse mutuamente con ellas y encontrar las vías de comunicación para llevar el servicio de salud.

¿Es tan trascendente escuchar a los usuarios de servicios de salud y no continuar llamándolos pacientes? Sí, ya que en el momento de contacto, el usuario no solamente habla de lo que le duele, sino de lo que imagina de él mismo, de lo que sabe y ha aprendido, y a partir de eso quiere comentarle al médico que lo atiende, quien pone una barrera y deja de escuchar, y en los usuarios de habla indígena la imposibilidad de entender el idioma del Otro representa una doble barrera. Cuando esa comunicación se complica, esa infraestructura deja de servir, no importa que haya un médico, que exista el usuario, el laboratorio, los procedimientos, los medicamentos, el presupuesto pues si no hay contacto y comunicación, todo ello no sirvió de nada y no hay servicio.

Otra de nuestras atribuciones en este programa es la de diseñar, desarrollar e impulsar la política nacional de medicinas tradicionales y complementarias, de donde abrevamos de la portería indígena al tema del embarazo y parto. Ello es muy importante porque no existían estas prioridades en la Secretaría de Salud, se asumía que todos los pacientes somos iguales y nos encontramos bajo las mismas circunstancias, y no es cierto, pues existen también los pueblos indígenas que poseen una cultura y cosmovisión propias, que los hace manifestarse diferentes, lo que en muchas ocasiones provoca un “choque cultural”

Para poder otorgarle una coherencia institucional, porque la requerimos, el Plan Nacional de Desarrollo nos coloca en el Programa Nacional de Salud, específicamente con una línea de interculturalidad para hablar no solamente del embarazo.

La Dirección General de Planeación se sitúa, pues, en un programa nacional de salud que pugna por el reconocimiento de toda esta diversidad a la que nos hemos referido, además de llevar a cabo desarrollos específicos como el impulsar competencias culturales y alertar al personal de salud por lo menos con dos competencias: una que se habilite para identificar la singularidad y la diversi-

dad cultural de la población con la que entra en contacto, y además tener una capacidad de comunicación asertiva y lograr adaptar el diseño de operación de los programas, en esa diversidad.

Estamos viviendo la etapa de la adecuación, precisamente, porque aunque exista un nivel muy alto de mujeres que ocupan un método anticonceptivo, ahora que hacemos la prueba piloto para incluir competencias culturales en los programas de salud reproductiva, al escuchar la voz de las mujeres indígenas y también de los hombres, en el estado de Hidalgo por ejemplo, independientemente de nosotros y de las instituciones, ellos ya tenían una postura respecto de la anticoncepción; argumentan que su población es pequeña y que si siguen participando en estos programas disminuirá aún más. Éste es un elemento que también deben incluirse en la planeación de estas estrategias, puesto que sí debe tenerse en consideración el servicio de calidad en salud, la seguridad al usuario, el desarrollo de la sociedad y del planeta en su conjunto, pues debemos planificar el número de hijos a tener por cuestiones de población, pero no solamente hacerlo en poblaciones vulnerables, como lo son las comunidades indígenas. Argumento que paraliza a los expertos de planeación del país y de otras partes del mundo que colaboran con nosotros.

No sé si se logren las metas de control de natalidad, pues no es tan difícil la tarea si actualmente ya estamos en un 57% de la población indígena que se protege, lo complicado es ¿cómo vamos a lograrlo? ¿Por qué se habla de un asunto de “anticoncepción a la fuerza” o salud reproductiva? A lo largo de interesantes lecturas, nos encontramos que en la época de la Conquista se cuestionaba sobre si la población indígena tenía alma, los españoles, después de afirmar su existencia, añadieron que era “un alma pequeña”, de la misma forma que los niños y las mujeres, entonces como es “pequeña” se encontraban en la necesidad de ser tutelados; menciono esto porque en los servicios de salud “nos servimos con la cuchara grande”, como “no saben” lo que deben hacer, nosotros se lo indicamos, y no escuchamos, entonces no hay dialogo y es seguro no hay solución.

El marco legal de nuestro programa está claramente cubierto, y contemplando los derechos sexuales y reproductivos, los derechos de las mujeres, así como los derechos en la infancia y adolescencia. Hicimos llegar a cuatro instancias distintas el modelo, entre ellas la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y la Comisión Nacional de Bioética, ambos muy generosos con sus comentarios. Otra área que está a punto de contestarnos es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Si nos hubiésemos quedado con el regaño (aquél que mencionaba al principio del presente trabajo), con el señalamiento de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y no hubiéramos escrito un camino, andado un camino, como es esta propuesta, seguiríamos quejándonos, por ello, más que “echarle más leña al fuego” optamos por construir un camino a favor de desarticular la violencia.

Hemos integrado estrategias interculturales a varios programas, y algunas estrategias, en el caso de salud reproductiva y particularmente con mujeres indígenas, en el embarazo, parto y puerperio, así como la atención por cáncer cervicouterino, lo que en poblaciones indígenas resultó ser un ejercicio de suma importancia al momento de detectarlo, sirviéndonos con el apoyo auxiliares y parteras, pues nos brindaron muchas facilidades al servir como enlace y hacer posible la comunicación.

En el caso de la planificación familiar, intentamos desarrollar estas mismas competencias, pues perdemos de vista que ya cuentan con los métodos anticonceptivos emanadas del conocimiento tradicional mexicano, utilizan la “su” pastilla del día siguiente, aunque el personal de salud lo desconozca es más, sin temor a equivocarme, porque lo hemos constatado en los encuentros de enriquecimiento mutuo con parteras indígenas que muchas de las recomendaciones que hace la OMS actualmente, eran del conocimiento de estas poblaciones desde hace miles de años. (Corte tardío del cordón umbilical, “ellas (las parteras) dicen hasta que deje de latir” no rasuran para atender el parto (no hacen tricotomía), no cortan (no hace episiotomía), no aplican enema evacuante, permiten si cuestionar el acompañamiento, la libre caminata, elementos que ahora se sabe desde la evidencia científica que tiene un mayor impacto en la seguridad, calidad y amabilidad de atención del parto.



¿Por qué hablar entonces de parto tradicional humanizado? Es curioso que se busque fortalecer el sistema nacional de salud con la medicina de hace miles de años, pero hay algunos procedimientos que son muy sencillos y que están basados en la herbolaria mexicana. Por ejemplo, tomar en cuenta los tratamientos de las mujeres que atraviesan por cáncer de mama y que se han tomado ciertas hierbas que les han funcionado, entonces instaurar una metodología en los hospitales para que el especialista en oncología las cuestione sobre estos usos y se documente respecto de la medicina alternativa. Hace aproximadamente cuatro años, le pedimos a la directora del servicio de hepatología del Hospital Universitario de Nuevo León que les preguntara a los pacientes de la sala de espera qué más tomaban, además de la medicina que se les indicaba en dicho servicio, y obtuvo una lista de hierbas que la gente dijo tomar de manera paralela a sus tratamientos. No imaginaba tal respuesta, y después de realizar una investigación encontró datos que ni siquiera la propia Secretaría de Salud ha identificado. Entre esos remedios, encontramos algunos que son muy baratos y otros no tanto, algunos fueron recomendados por las abuelas o son hierbas que en el conocimiento popular tienen un carácter curativo. Así pues, en un hospital ya se autorizó realizar este tipo de tratamiento alterno, llevando un control de vigilancia, es lo que llamamos abreviar del modelo de medicina tradicional, es una forma de enriquecimiento mutuo.

Cuando llegamos a 17 estados de la República, con 30 grupos étnicos diferentes, se hacían reuniones entre los médicos y la gente encargada de la medicina tradicional, se discutía la manera en la que cada uno atiende un parto, por ejemplo, cuando les comentaban que las parteras ponían papel periódico en el piso para recibir al niño, los médicos se alarmaron, “decían se va a infectar” pero no pasa nada con ese método, no representaba ningún peligro. Así pues, en este camino recorrido, fuimos recabando datos para incorporarlos al sistema de salud, se realizaron publicaciones científicas sustentadas que permitieron a los médicos usar técnicas empleadas por parteras porque en realidad se comprobó que eran efectivas. Lo que hemos abrevado de este modelo ha sido evidenciado científicamente, como maniobras para acomodar al niño, posiciones verticales y sus variantes, alimentación y plantas medicinales para mejorar la cantidad y calidad de la leche, ejercicios, uso de remedios naturales, etcétera.

¿Hay oportunidad para humanizar el parto con este modelo de atención? Sí, es posible lograrlo si se toman en cuenta los métodos de ambas partes, el conocimiento de los médicos y aquel de las parteras indígenas, si se modifican ciertas prácticas como el no permitir el acompañamiento al momento del parto, el incorrecto corte del tardío cordón umbilical, si deja de gritárseles y de hacer comentarios humillantes a las mujeres que requieren el servicio, entre otras cosas etcétera.

El Centro de Equidad de Género, a manera de fuente, arroja que existen aproximadamente 16,000 parteras indígenas, más de 14,000 activas, y capacitadas y certificadas, 9,000. Ahora el reto es establecer, junto con el Centro, una manera de certificar desde modelos obstétricos distintos y además poder hacer posible una evaluación de acuerdo con el mismo modelo.

Avanzamos para hacer amigable el tema del nacimiento, reiterar que el embarazo no es un asunto de enfermedad, por lo que hay que sacarlo de los hospitales, debemos llevar a cabo una transición, usar “casas” cuya manutención es posible gracias a la Secretaría de Salud y otras áreas como los municipios, en las que pueden llegar las mujeres a atenderse, y las que vienen de poblaciones lejanas pueden permanecer un tiempo más prolongado para recibir, ellas y sus bebés, la atención que requieren, estas “casas” son conocidas como “posadas del nacimiento” y ahora unidades de parto humanizado

¿Cuáles son los retos del futuro? Entre los más urgentes encontramos el lograr que todos los asuntos de salud sexual y reproductiva se atiendan con enfoque intercultural; así como posicionar en el sistema de salud el embarazo visto como una etapa en la vida de una mujer y no como una enfermedad, impulsar encuentros de enriquecimiento mutuo entre los profesionales institucionales de la salud y las parteras y terapeutas tradicionales.

Muchas Gracias

## Todas las personas queremos que se acaben los abortos

.....  
Marta Lamas Encabo\*

**E**n nuestro país todas las personas tenemos que hacer un esfuerzo, desde las distintas posturas ideológicas y políticas, para construir un piso común de entendimiento sobre ciertos problemas. Interpreto la invitación de la CNDH a este evento, como un gesto de apertura y pluralismo sobre un tema espinoso y complicado.

¿Quién puede estar a favor del aborto? *Todas* las personas, desde las feministas hasta las integrantes del Comité Nacional Provida y los obispos, queremos que nunca más ninguna mujer tenga que abortar. Nadie en su sano juicio puede estar “a favor”, así, en abstracto, del aborto. Por otro lado me pregunto, ¿qué significa estar “en contra” del aborto? Cuando las personas dicen “yo estoy en contra del aborto”, ¿qué están diciendo realmente?, ¿a caso pretenden impedir que las mujeres violadas aborten, que las que tienen embriones con patologías

---

\* Doctora en Antropología. Profesora Investigadora tiempo completo del Centro de Investigaciones y Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México.

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? No es posible formular la complejidad de las cuestiones asociadas a la interrupción de un embarazo con un posicionamiento maniqueo que dice: “estoy a favor” o “estoy en contra”. Si se cambia de perspectiva, tal vez se podría formular una interrogación que creo que todas las personas podríamos compartir de una manera más productiva, ¿qué hacer para que ninguna mujer enfrente la necesidad de realizarse un aborto? Es la pregunta que todas las personas deberíamos hacernos.

Y, precisamente, para definir una meta que podamos compartir todas las personas interesadas en que se terminen los abortos, tenemos que empezar por ubicar con claridad el problema. Esto remite a 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, no planeado. Entonces, la siguiente pregunta es ¿por qué existe ese tipo de embarazos no deseados o no planeados? Hasta donde puedo ver, hay tres causas principales:

- a) Las que tienen que ver con la condición humana; es decir, con olvidos, irresponsabilidad, violencia, con deseos inconscientes. Aquí juegan un papel protagónico las violaciones sexuales y los “descuidos” personales. Hay hombres que violan, y mujeres que, al no estar usando anticonceptivos en el momento de la violación, quedan embarazadas. Por otro lado, también existen los descuidos individuales: se olvidan de tomar las pastillas anticonceptivas o se les chispa el condón. También en ocasiones hay un deseo inconsciente de comprobar si se es fértil.
- b) Las relacionadas con carencias sociales, en especial, con la ausencia de amplios programas de educación sexual, lo cual se traduce en una ignorancia reproductiva que está muy generalizada todavía en algunos sectores de nuestra sociedad. Es un problema que tenemos que resolver.
- c) Las relativas a fallas en los métodos anticonceptivos. En ocasiones el dispositivo intrauterino se mueve de posición y la mujer queda embarazada, pese a que se protegió para impedirlo.

Quizá el primer conjunto, el de la condición humana es el más complicado de enfrentar, pues aunque se pudiera erradicar las fallas técnicas, existieran anticonceptivos que nunca fallaran, o se pudiera dar una buena educación sexual a la población, es muy difícil transformar la condición humana. Los seres humanos no somos perfectos, y los olvidos, descuidos y errores son parte constitutiva de nuestra naturaleza. Además, como cualquier esfuerzo por controlar el inconsciente de las personas está destinado al fracaso, todo intento de reglamentar la vida psíquica es, al menos hoy en día, imposible. No sólo la ignorancia o la violencia sexual propician la realización de cientos de miles de abortos en nuestro país; también el peso de la subjetividad en los procesos sexuales y reproductivos es un elemento inapelablemente definitorio.

Si visualizamos que la condición humana, las carencias sociales y las fallas en los métodos anticonceptivos producen embarazos no deseados y no planeados, ¿qué se puede hacer ante este tipo de embarazos? También hay tres opciones que una mujer puede elegir, al menos en lo que a la Ciudad de México se refiere, ya que en los demás estados del país no es posible puesto que no existe la legalidad del aborto voluntario. La primera opción es convertir el embarazo no planeado en un embarazo deseado. Esto sucede en el caso de una pareja joven que se ha casado, y decide que no quieren tener hijos de inmediato. Sin embargo, el anticonceptivo falla y ella queda embarazada en la luna de miel. Como están enamorados, y han pensado tener hijos más tarde, adelantan sus planes. Ésta es una primera opción, que no todas las personas tienen, aunque sí hay casos en que las mujeres que no planearon un embarazo se reconcilian con la idea después de todo.

La segunda opción es la de la mujer que ya no quiere tener más hijos, pero que por sus creencias religiosas no quiere realizarse un aborto y prefiere dar en adopción a la criatura. En México, muchos de estos casos encuentran un sinnúmero de obstáculos, pues no es fácil dar una criatura en adopción. Hay muchas parejas que buscan adoptar, sin embargo, los obstáculos son complicados, y no se ha puesto atención a este problema para facilitar ese proceso.

La tercera opción es la de la mujer que ni se reconcilia con el hecho de tener la criatura, pues no quiere pasar por el proceso de gestación ni de parto, y tampoco desea darla en adopción. Estas son las mujeres que optan por interrumpir el embarazo. Desde mi perspectiva, las tres opciones son éticamente válidas, aunque sé que mi perspectiva no es compartida por todas las personas.

Es la inexistencia del aborto voluntario en el resto del país lo que convierte a esta tercera opción en un procedimiento clandestino y riesgoso para muchas mujeres. Su ilegalidad introduce graves problemas de justicia social, ya que en nuestro país, las mujeres que tienen recursos económicos pueden acudir con un ginecólogo particular a realizarse un aborto, aunque esté prohibido en sus entidades. Muchas viajan a Estados Unidos, donde pueden tener un aborto legal, y ahora muchas vienen a la Ciudad de México. Las mujeres con recursos económicos se pueden hacer abortos voluntarios y legales en las mejores condiciones, mientras que las que no pueden pagar sumas totalmente improcedentes, y que son la mayoría, sufren las complicaciones y la fatalidad de los abortos ilegales mal practicados. Lo que es patente es que cuando una mujer decide abortar, no hay nada que se lo impida.

Por todo esto, aunque nadie está “a favor” del aborto, sí se puede estar “a favor” de un mejor manejo de los abortos que ya se realizan. No vamos a meternos en la cabeza de tantas mujeres para convencerlas de tomar alguna de las opciones anteriores: decidir tener la criatura, darla en adopción o interrumpir el embarazo. El aborto siempre ha existido. Las mujeres lo han practicado en todas las épocas y en todas las culturas como medio de librarse del destino no deseado que cobra forma en la maternidad impuesta. Entonces, ¿qué hacer para que aquello que las mujeres deciden, por lo que son extorsionadas económicamente y maltratadas psicológicamente, no se vuelva un problema de justicia social y de riesgos para su salud?

Abatir los problemas que producen los abortos ilegales requiere medidas de política pública, como cierto tipo de educación y de oferta anticonceptiva, para prevenir los embarazos no deseados. Pero también es necesario *remediar* los embarazos no deseados de formas menos peligrosas y caras. Esto es posible ha-

cerlo cuando se distingue entre el hecho del aborto en sí mismo y su manejo legal. Esta perspectiva, que ha ido ganando terreno en las sociedades democráticas, está presente en las palabras del obispo auxiliar de Madrid, monseñor Alberto Iniesta. Cuando en 1985 en España se estaba discutiendo si se despenalizaba o no el aborto, el obispo hizo una declaración que ayudó a que en la Cámara de Diputados aquellas personas que tenían dudas al respecto pudieran tomar una posición a favor de despenalizar. Monseñor Iniesta estableció una distinción entre el hecho del aborto y su tratamiento penal. Textualmente, sus palabras son: “Mi conciencia rechaza el aborto totalmente, pero mi conciencia no rechaza la posibilidad de que la ley deje de considerarlo un hecho delictivo” (Ibáñez 1992:156) Esta declaración de un obispo católico, que abrió un horizonte distinto en la discusión parlamentaria en España, es un ejemplo de que la sensibilidad moral de las personas se está transformando.

Quizá, lo más relevante de esta perspectiva es que va a marcar la división que existe hoy en la sociedad entre dos posturas básicas: la diferencia está en los que piensan que hay que penalizar el aborto, en que hay que convertirlo en delito para disuadir a las mujeres y al personal médico que lo practica, y los que pensamos que hay que regular y educar para que se acaben los abortos. Todas las personas queremos que se acaben, la diferencia reside en que unas quieren criminalizar y otras creemos que el camino es despenalizar. Lo que hay que entender es que las mujeres que ya están convencidas de realizarse un aborto lo van a hacer por sus circunstancias personales, y las que no puedan viajar a la Ciudad de México a hacerse una Interrupción Legal del Embarazo (ILE), lo harán en estas inseguras condiciones en que se realizan los abortos ilegales en el resto de nuestro país.

Al enfrentar dilemas complejos es imprescindible no simplificarlos. Es muy complicado el tema del aborto, pues se juegan creencias religiosas y políticas, situaciones dramáticas personales e injusticias sociales, y simplificar todo esto en un “a favor” o “en contra” es algo a lo que me niego cada vez más. Hay que matizar, como lo hace el obispo Iniesta, aunque también hay que reconocer que su postura no es la común de la Iglesia Católica. El Vaticano mantiene hasta la fecha que hay que prohibir los abortos para salvar almas inocentes, y su

oposición a que los seres humanos intervengan en el proceso reproductivo tiene que ver con el dogma religioso de que la mujer y el hombre no son los que dan la vida, sino los depositarios de la voluntad divina. De ahí se desprende el *dictum* “ten todos los hijos que Dios te mande”. Por eso, porque supuestamente interfiere con los designios de Dios, es que la Iglesia prohíbe los anticonceptivos, no sólo el aborto. Además, los obispos consideran que, desde el momento de la concepción, el ser humano en formación tiene plena autonomía de la mujer, cuyo cuerpo es un mero instrumento del Señor. Y desde la doctrina católica, presuntamente Dios insufla el alma al óvulo desde el primer instante de la concepción, lo cual lo vuelve absolutamente equiparable a un ser humano ya nacido. En torno a esto hay una controversia que no se va a resolver: las personas creyentes seguirán, al menos la mayoría (hay creyentes que discrepan de la posición de la Iglesia), con la postura de la fe, y la ley no las obliga a realizarse un aborto si no quieren; asimismo, habrá personas que se apoyen en una perspectiva científica, que hablará del momento en que un óvulo fecundado pasa a ser un blastocito y luego una mórula y después un embrión, y como los embriones no tienen actividad cerebral, por tanto, hasta antes de los cinco o seis meses de gestación es posible interrumpir un proceso, pues no existe actividad cerebral. Sin embargo, ese argumento, para las personas que piensan que el alma está presente desde el momento de la concepción, no es válido.

Desde la visión religiosa la formulación acerca de la vida biológica no se cuestiona, al contrario, se la define como un valor que siempre hay que defender. Por lo tanto, también esa visión religiosa se opone a la eutanasia y a toda intervención del ser humano en el proceso de reproducción de la vida, como las técnicas de fecundación asistida. Por otro lado, existe una postura que no sacraliza la biología, y, por ejemplo, hace una diferenciación de lo que es la vida vegetativa y la vida consciente a partir de la actividad cerebral. Esto hace que acepte el aborto, la eutanasia y las técnicas de reproducción asistida. Estas dos posturas son irreconciliables.

En esta república laica se contraponer la definición religiosa a la mirada racionalista que se apoya en la ciencia, pues se acepta la existencia de las diversas religiones y creencias, y también se acepta la existencia de personas que no son



religiosas y cuyas creencias son de tipo científico. Muchas personas guían su vida por lo que dice su religión, lo cual es muy respetable, y otras la rigen por otro tipo de valores y criterios. Y las leyes, que son acuerdos terrenales entre los seres humanos, tienen que conciliar lo que se vale y lo que no se vale para las personas, independientemente de si son creyentes o no. Las Iglesias dictaminan qué es pecado y el Estado define qué es delito.

La organización Católicas por el Derecho a Decidir ha hecho una severa crítica al silencio que deliberadamente guardan los obispos acerca de las siete excusantes (canon 1323 del derecho canónico) y de las diez atenuantes (canon 1324) a la excomunión de las mujeres que abortan. El derecho canónico dice que, si una mujer es menor de edad, si lo hace por miedo, si sufrió violencia, entre otras atenuantes, no será excomulgada. Este grupo de mujeres critica que los obispos guarden silencio en lugar de dar a conocer todas las atenuantes y excluyentes, que aceptan que las mujeres aborten en situación de conflicto grave. También se guarda silencio sobre el hecho de que ningún papa, ni siquiera el actual, se ha pronunciado, ex cátedra, contra el aborto utilizando la supuesta infalibilidad que tienen los papas.

La crítica de esta organización se refiere a que los obispos están distorsionando la teología y no están contando la historia de cómo la Iglesia ha ido transformando sus parámetros morales. Al contrario, pretenden que las enseñanzas de la Iglesia son inmutables e inequívocas. Las católicas de esta organización denuncian las actitudes autoritarias y manipuladoras de los obispos, y señalan que aunque estos funcionarios religiosos cuentan con el derecho de pronunciarse ante los hechos significativos de la época (como cualquier ciudadano), tal como el fenómeno de los embarazos no deseados, la mayor parte del tiempo lo hacen sin contar estas atenuantes o excluyentes, y violan así las reglas de un debate respetuoso. Al mismo tiempo que mienten se colocan en la postura de detentar “la Verdad”. Es decir, los obispos esconden que en el derecho canónico se da cabida a no excomulgar por ciertas situaciones, que suelen ser las más comunes.

La organización Católicas por el Derecho a Decidir cuestiona que los obispos, que han encabezado esta guerra contra el aborto como su prioridad política,

olvidan y no hablan de los problemas de justicia social que rodean el tema, lo cual provoca muertes y riesgos de muchas mujeres por abortos clandestinos.

Me parece importante abordar la discusión sobre la despenalización del aborto, conociendo lo que han hecho otras sociedades con creencias religiosas como la que es mayoritaria en México: la católica. Me refiero a Italia, donde la tradición católica entretejida en la cultura no ha sido un obstáculo para que la sociedad se ponga de acuerdo y cambie su ley. Lo que ocurrió en la sociedad italiana es significativo: en 1978 legalizó el aborto con base en el argumento de la justicia social, pues si sólo las mujeres con recursos económicos tenían las condiciones básicas para realizar la interrupción del embarazo se daba una quiebra moral en la sociedad. Lo más interesante es que cuando se propuso el proyecto de aborto Italia llevó a cabo un verdadero debate público, y esa es una de las grandes carencias que tenemos. En todas las televisoras y radiodifusoras italianas se llevó a cabo el debate: médicos progresistas con médicos opositores; feministas con mujeres anti-aborto; abogados a favor y en contra. Durante un año toda la sociedad italiana atendió ese debate. En México, se llevó a cabo un debate en la televisión, en 1991, en el programa *¿Usted qué opina? con Nino Canún*; el debate comenzó a las 9 o 10 de la noche, y a las 6 de la mañana se seguíamos discutiendo. La gente hablaba por teléfono para dar su voto, que se formulaba “a favor” o “en contra” de despenalizar. Ganó la posición a favor de despenalizar, y a partir de ese momento los grandes empresarios católicos prohibieron debatir sobre el aborto, amenazando con retirar su publicidad. En México no hemos tenido un debate como el que tuvieron en Italia. Los italianos aprobaron la despenalización del aborto, y como evidentemente al Vaticano no le gustó esa decisión, impulsó junto con la Democracia Cristiana una campaña para recolectar firmas y hacer un plebiscito para revocar esa ley. Cuatro años después, en 1982, la Iglesia Católica y la Democracia Cristiana perdieron el plebiscito, pues la ciudadanía confirmó masivamente su voluntad de que el aborto siguiera siendo un servicio de salud pública.

El *quid* del asunto se encuentra en algo aparentemente sencillo: aceptar que las mujeres somos personas capaces de decidir sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas; capaces de decidir si interrumpir o no el proceso de gestación; capaces de

decidir si se da un hijo en adopción o no. Esto tiene que ver con una discusión previa sobre qué somos las mujeres, ¿somos medios para un fin o somos fines en nosotras mismas?, ¿somos receptáculos o somos ciudadanas con derechos?

Una de las complicaciones de la prohibición del aborto es que hay una idea extraña de que no cuenta la vida de la mujer, sólo cuenta la vida por venir. Hay una idealización abstracta de la vida humana que no valora las vidas concretas de las mujeres, y esto genera una distorsión de lo que realmente supone el conflicto del aborto para todas las mujeres. El embarazo en un proceso maravilloso en el que el cuerpo de la mujer se convierte en un vehículo mediador para una nueva vida, pero este proceso requiere del deseo y de la voluntad de la mujer para que sea una experiencia positiva. Un embarazo cambia la vida de las mujeres, pues tienen que adaptar sus actividades, cuidar lo que comen, lo que hacen, alterar su rutina de mil maneras. Este proceso no sólo es una realidad biológica, también es una compleja realidad psíquica con serias consecuencias emocionales, familiares, laborales y económicas, que van desde la posibilidad de ser despedida del trabajo hasta perder la relación con un hombre. Esta complejidad hace que un embarazo no deseado afecte a la mujer y también a la criatura toda su vida. Por eso es indispensable que la mujer desee que nazca esa criatura.

¿Qué sienten y qué piensan las mujeres que abortan?, ¿cómo lo justifican ante sí mismas, ante sus conciencias, sobre todo las mujeres creyentes? En el informe GIRE, que presenta las últimas estadísticas de las mujeres que han hecho la interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, hay un 61.9% de mujeres católicas, 33% no tiene ninguna religión, un 2.5% es cristiana y un 2.1% otros. Hay casi 62% de mujeres católicas que se han hecho una irrupción legal del embarazo, ¿cómo justifican ante sí mismas un acto que frente a la perspectiva religiosa se considera un asesinato? Toda mujer que toma la decisión de abortar lo ha hecho no porque sea la mejor opción posible, sino porque a su parecer es el menor de los males, pues el aborto para ellas en ese momento de sus vidas y en sus contextos es el menor de los problemas que tienen que afrontar.

Los países que han legislado el derecho a interrumpir el embarazo han reconocido una cruda realidad, las mujeres decididas a abortar lo van a hacer aunque

esté penalizado, aunque el costo sea alto, aunque tengan que desplazarse a otra ciudad, incluso a otro país. Si se estudian las legislaciones y lo que ha pasado en los últimos cuarenta años en el mundo, hay una tendencia mundial a la despenalización, consecuencia tanto del reconocimiento de que la interrupción del embarazo es una decisión que atañe a la propia conciencia, así como de las graves consecuencias en la salud y de justicia que implica considerar el aborto como un delito. De esta situación se deriva que el dilema del aborto trasciende el moralismo simplista; los conflictos provocados por la existencia masiva de abortos ilegales, en un país con aspiraciones pluralistas y democráticas, son muchos. Si llevamos hasta sus últimas consecuencias las implicaciones de la ley y de la justicia social vemos que el asunto es complejo, porque la interrupción voluntaria del embarazo remite problemas individuales muy fuertes, pero también cuestiones centrales de esta idea moderna de ciudadanía que defiende la autonomía personal, la no intervención del Estado en la vida privada y la libertad de conciencia.

En México, ha habido un despunte de una nueva conciencia política sobre esta obligación ética de respetar la diversidad de creencias en una sociedad democrática. Esto ha empezado, al menos en la Ciudad de México, a situar el aborto en una categoría de una decisión ciudadana. Si se contempla de esta manera y se hace notar que si una mujer aborta no afecta los derechos de los demás ciudadanos, quizá habría una posibilidad de cumplir este planteamiento del monseñor Iniesta, respecto de entender que una cosa es el aborto y otra el tratamiento penal del mismo.

El derecho del aborto en México existe desde 1931, y desde entonces se ha actualizado la legislación. En el año antes referido el aborto se realizaba para salvar la vida de la mujer, por honor (si la mujer había podido ocultar su embarazo por adulterio, fruto de una relación “inconveniente”) y por violación. La actualización ha hecho que se acepte el aborto por conllevar un grave riesgo a la salud, ya no sólo en caso de peligro de muerte, aunque únicamente diecisiete estados lo permiten si se trata de grave daño a la salud; en dos estados se acepta por razones económicas y en otros por inseminación artificial no consentida. En cada entidad federativa las causales que permiten el aborto son

diferentes, sin embargo, si se trata de una violación está consentido en todo el país.

Los términos de la discusión pública para homologar estas causales en toda la república, están muy polarizados. Cuesta mucho trabajo debatir con las personas que dicen que están “en contra”, y aunque ciertamente nosotras quisiéramos que no haya más abortos, queremos la despenalización para que se acaben los problemas de justicia social y salud pública. Eso requiere, como ya señalé, que haya una vasta educación sexual, así como acceso a los anticonceptivos. Además, la transmisión que los medios de comunicación han hecho de estas posiciones encontradas reduce este difícil problema a términos equivocados, es decir, a estar “a favor” o “en contra”.

Una verdadera convivencia respetuosa, dentro del pluralismo, requiere contar con un Estado laico que garantice un régimen de tolerancia religiosa. Cuando me refiero a la tolerancia religiosa también incluyo a los ateos, luego nos va muy mal también, pero se debe respetar que no somos creyentes. Además, la tolerancia debe darse dentro del imperio de la ley y de la razón. El contrato social con sus reglas y leyes se establece entre personas terrenales y no con poderes celestiales. Los derechos sexuales y reproductivos suponen libertad e igualdad; libertad para decidir e igualdad de acceso a la educación y a los servicios médicos. Es precisamente en el acceso igualitario a una toma de decisión informada y apoyada por los servicios de salud que radica la posibilidad de un ejercicio democráticos de los derechos sexuales y reproductivos. Por eso, los principios políticos de una democracia moderna pluralista se encuentran vivos en estos derechos, y su exigibilidad implica no sólo reformar la política de salud, sino también la educativa y, sobre todo, hacer valer la separación del Estado y la Iglesia que nuestra Constitución consagra.

En una sociedad plural de personas con creencias religiosas distintas, con personas agnósticas y ateas, el punto ya no es “aborto sí” o “aborto no”, sino quién debe tomar la decisión sobre la interrupción del embarazo. Ni el Estado ni la Iglesia, dice una parte importante de la ciudadanía mexicana, aproximadamente el 78% de la población en una encuesta representativa a nivel nacional de

Gallup. Sin embargo, existe otro problema, ¿cómo garantizamos que todas y todos los ciudadanos tengan la posibilidad de decidir con libertad si procrean o no? Aunque el artículo 4º constitucional se refiere al reconocimiento jurídico del derecho de las personas a decidir sobre el uso reproductivo de sus cuerpos, necesitamos un tratamiento penal distinto de la interrupción voluntaria del embarazo. Ante este panorama, ¿qué se puede hacer?, ¿cuáles son los instrumentos críticos y culturales que permitirán que muchas personas alcancen sus aspiraciones libertarias en materia sexual y reproductiva?, ¿cómo argumentar que estos derechos sexuales y reproductivos son necesarios para la dignidad y el bienestar de millones de mexicanas y mexicanos?, ¿cómo defender el derecho a decidir sobre el propio cuerpo?

Una vía ha sido la demostración del vínculo que hay entre el libre ejercicio de la sexualidad y la procreación; asimismo, se ha hablado de los derechos en términos de garantías individuales, que es lo que está en nuestra Constitución. La pregunta es ¿qué más nos afecta que lo que nos ocurre en nuestro propio cuerpo, territorio de libertades? Nuestro cuerpo es el contexto donde se da la trama de nuestra existencia en este día a día, y desde el respeto de estas garantías individuales, o derechos civiles, que amparan las diferencias mientras éstas sean compatibles con las libertades de todos, es que es posible defender la autodeterminación sexual y procreativa de las personas. Así como a nadie le afecta en sus derechos que una persona quiera tener un hijo, igualmente a nadie le afecta en sus derechos que una mujer decida abortar. Nos puede afectar en términos ideológicos, pero no en nuestros derechos, ni en nuestra vida concreta. La promoción de la libertad social no es real si no se construye sobre el respeto a la libertad individual. En el caso de las mujeres esto requiere, incluso, aceptar el derecho que tiene cada una de proseguir o interrumpir un embarazo. Por eso el derecho al aborto se ha convertido en una aspiración relativa a la libertad y a la autonomía de las mujeres.

Los derechos civiles en México están consagrados en la Constitución como garantías individuales: libertad de expresión, libertad de asociación, de conciencia, igualdad ante la ley y derecho a la intimidad. Estas garantías implican la no intromisión del Estado ni de las Iglesias en las decisiones de las personas. Así,

bajo el amparo de los derechos civiles, es posible articular de una manera elocuente la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Al ampliar los márgenes de decisión individual de las personas, nuestra mejor aliada es esa aspiración al derecho de decidir de acuerdo a la propia conciencia. Además, para poder argumentar a favor de los derechos sexuales y reproductivos es necesario, antes que nada, tener claras las coordenadas que delimitan la ubicación del tema. Hay un tema que tiene que ver con la universalidad de los derechos, con el respeto a la diversidad de las creencias y los valores.

El trasfondo de este debate es ¿hasta dónde esta multiculturalidad en la que habitamos, esta pluralidad de creencias, permitirá una universalización de ciertos valores?, ¿respetamos la libertad de conciencia de cada persona?, ¿respetamos que hagan en su cuerpo algo que probablemente nosotros no haríamos y que nos haga sentir incómodos? La diversidad cultural, ideológica y política es enriquecedora y conflictiva a la vez, y el desafío que provoca es el de construir una convivencia respetuosa. Y esto requiere un debate público sobre esa visión compartida relativa a impulsar lo que se necesita para poder acabar con los embarazos no deseados y con los abortos. Cuando veo las cifras de embarazos adolescentes, de niñas de doce o trece años, muchas de ellas violentadas, pienso que hemos relegado la educación sexual en serio, que hemos olvidado ofrecer a los jóvenes anticonceptivos seguros y baratos. Hay que prevenir los abortos. Y aunque también hay que remediarlos con interrupciones legales y seguras, ojalá todas las energías se centraran en la prevención.

Hay un tema que me preocupa. Si bien hay que respetar todas las posiciones y todas las creencias se debe distinguir entre las creencias religiosas y el fundamentalismo. Éste último es una visión monolítica tanto de la condición humana como de la vida, que con frecuencia conduce al fanatismo. Existe un filósofo inglés que se llama Richard Hare (1982), que ha trabajado las valoraciones morales, sobre todo, la racionalidad, y hace una definición de *fundamentalismo*, que desgraciadamente le cae como guante a alguno de estos grupos ultras. Él dice que el fanatismo es la actitud de quien persigue la afirmación de los propios principios morales, dejando que estos prevalezcan sobre los intereses reales de las personas de carne y hueso, al mismo tiempo que permanece

indiferente frente a los enormes daños que su actuación ocasiona a millones de seres humanos. Esta afirmación voy a reformularla usando la figura del obispo Norberto Rivera (así como adoro al obispo Alberto Iniesta, detesto al obispo Norberto Rivera). Norberto Rivera persigue la afirmación de sus propios principios morales dejando que éstos prevalezcan sobre los intereses reales de las mujeres de carne y hueso al mismo tiempo que permanece indiferente frente a los enormes daños que su actuación ocasiona a cientos de miles de mexicanas.

Ahora bien, convivir respetando los derechos humanos supone algo más que voluntad para superar los particularismos y para aceptar nuestro pluriculturalismo. Implica mover las fronteras de nuestras sociedades a niveles superiores de solidaridad y de responsabilidad. Sólo erradicando la pobreza extrema y el hambre,<sup>56</sup> alcanzando una enseñanza universal, promoviendo la igualdad entre mujeres y hombres, la autonomía de las mujeres, reduciendo la mortalidad infantil, la muerte materna, mejorando la salud, combatiendo graves enfermedades, garantizando la sustentabilidad del medio ambiente lograremos establecer las condiciones para construir una convivencia respetuosa de los derechos humanos. Por eso, en el fondo, cuando hablamos del debate sobre el aborto estamos hablando de cómo nos falta más justicia social en todos estos aspectos. La exigencia de justicia también es una exigencia de las mujeres que enfrentan un embarazo no deseado. Sin embargo, los obstáculos antidemocráticos, fanáticos, fundamentalistas son inmensos.

De ahí que para lograr interactuar de manera civilizada y tolerante en sociedades plurales como la nuestra, y en camino hacia la democracia, se requiere construir una cultura cívica común por encima de nuestras culturas específicas, indígenas y mestizas, con lenguas y religiones variadas, con diversas orientaciones y prácticas sexuales, y demás. La cultura cívica democrática deja de ver a las personas como católicos, ateos, judíos, cristianos, musulmanes, para verlos a todos como ciudadanos. La cultura democrática, con todo y las fallas que le podemos encontrar, con las vulnerabilidades que todavía tiene en nuestro país,

---

<sup>56</sup> El informe Coneval dio a conocer la semana pasada que actualmente hay más pobres en México de lo que había hace cinco y veinte años, y que muchas de estas personas ganan el salario mínimo, que es casi lo mismo que ser pobre.



es lo que más se acerca a este modelo. Ahora bien, la democracia requiere no sólo concepciones amplias de libertad, sino también ser capaz de exigir obligaciones. No es novedad que tener derechos conlleva obligaciones. Ser responsables y defender los derechos sexuales y reproductivos implica defender la vida democrática de nuestra sociedad y viceversa. Como el proyecto democrático por sí solo no genera las condiciones para que exista libertad sexual y reproductiva es imprescindible impulsar estos derechos.

El título de esta conferencia “Todas las personas queremos que se acaben los abortos” hace referencia a lo anterior. Aunque no nos hemos puesto de acuerdo en cuál es el mejor camino para que se acaben los abortos, sabemos que es necesaria la deliberación respetuosa y la toma de decisiones con mecanismo democráticos.

Yo estoy convencida que el mejor camino para terminar con los abortos es su despenalización, junto con una amplia campaña de educación sexual y oferta de anticonceptivos seguros y baratos. Probablemente, en este auditorio hay personas que consideran que el mejor camino es penalizar. Las invito a que expresen su punto de vista.

## REFERENCIAS CITADAS

GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida, A. C.

Hare, Richard. 1982. *Moral Thinking*, Oxford, Oxford University Press.

Ibáñez, José Luis. 1993. *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX* Madrid, Siglo XXI Editores.



## Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad

.....  
Melba Adriana Olvera Rodríguez\*

**E**n la historia de los grupos sociales, en particular de las organizaciones de la sociedad civil de donde vengo, hemos empujado por muchos años los temas que nos afectan, y hemos tratado de incidir en la política pública y en los programas de derechos humanos, en específico, en el tema de las mujeres con discapacidad. Este tema es fundamental para poder entender esta situación como un asunto de corresponsabilidad social, como bien lo apunta la Mtra. Inés Aguilar. Agradezco y me siento muy honrada de poder estar en esta mesa con personas tan importantes, estoy convencida de que tienen un compromiso igual de importante con el tema de los derechos humanos de los grupos en situación de vulnerabilidad, como definitivamente son las mujeres con discapacidad; de antemano, quiero disculparme, porque traigo mucha información y se las daré de una forma veloz, para aprovechar el tiempo, y porque seré anecdótica, pues es algo que ha ayudado mucho a entender las vivencias que enfrentamos las mujeres con discapacidad respecto del ejercicio

---

\* Presidenta de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California.

de nuestros derechos; son ejemplos que he recogido de un trabajo de veinte años dedicada a defender los derechos de la población con discapacidad en México. Muchas de estas experiencias son recogidas del Encuentro Internacional de Mujeres Líderes con Discapacidad, donde tuve la oportunidad de participar y reflexionar sobre éste y otros temas con mujeres de treinta países, como España, Estados Unidos, Bangladesh, Indonesia, Camboya, Ghana y Costa de Marfil. Tuve la oportunidad de poder platicar durante tres semanas y trabajar en este instituto de liderazgo con mujeres con discapacidad, cuyas similitudes en cuanto a las problemáticas y principales barreras que encontramos las mujeres con discapacidad estuvieron presentes. Sin lugar a dudas, les comparto que el tema tabú de ese encuentro internacional fue el derecho a ejercer la sexualidad y los derechos reproductivos, fue el gran tema no sólo para los países de Latinoamérica que estaban ahí, como Perú y Ecuador, sino para países de África y Medio Oriente. Recogí una serie de historias verídicas que dejan muy claro cuál es la situación que vivimos la mayoría de las mujeres con discapacidad.

Quiero empezar por retomar el concepto de discapacidad que, atinadamente, la Mtra. Norma Inés decía “no es un tema individual”, es decir, no es un tema de una persona y su familia, es un tópico social; la discapacidad debemos entenderla como un constructo social. Si tenemos claro que todas y todos en México estamos contribuyendo para que haya más o menos discapacidad, si tenemos claro el constructo de la discapacidad, entonces, estamos tomando conciencia, y ante ésta sólo puede venir la acción.

Debemos poner mucha atención en atender la discapacidad con este nuevo paradigma de derechos humanos. Es necesario entender la discapacidad como el resultado de la interacción entre las deficiencias físicas, sensoriales, intelectuales, psicosociales, que podemos tener algunas personas, y las barreras que encontramos en el entorno. Estas barreras pueden ser físicas, como la falta de accesibilidad, de una rampa, elevador o pasamanos; de comunicación, como la falta de un intérprete de lengua de señas; de información, como la carencia de páginas de internet accesibles en las instituciones públicas o cualquier empresa; y las barreras institucionales y culturales, como la discriminación. En la interacción entre nuestras deficiencias y las barreras que encontramos en el en-

torno estamos construyendo la discapacidad. Si entendemos esto, entonces, entendemos que la discapacidad se construye en sociedad. Este concepto está plasmado no sólo en el máximo tratado internacional en materia de derechos de personas con discapacidad, que es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, también está implícito en la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad; asimismo, es un concepto que ya está incorporado en la mayoría de las leyes de los estados. Sin embargo, en nuestro país se sigue entendiendo este concepto como un tema de salud; se sigue entendiendo como una deficiencia física, sensorial, intelectual o psicosocial, y muchas veces dejamos fuera la parte de las barreras.

La Organización Mundial de la Salud, a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIF), que salió en 2001, ya entiende y maneja este concepto de discapacidad, esta construcción. Previo a esto, la misma Organización Mundial de la Salud hablaba de la discapacidad como un sinónimo de deficiencia; por muchos años la mayoría de nosotros crecimos creyendo, asumiendo, que discapacidad es lo mismo que una deficiencia, que es sinónimo de parálisis, de lesión medular, etc. En una ocasión me preguntaron a mí “¿cuál es tu discapacidad?”, esperando que la respuesta fuera artritis reumatoide; yo tengo esta condición de salud que me lleva a tener deficiencias de tipo motriz o físico, que al interactuar con las barreras del entorno me llevan a la vivencia de la discapacidad, pero en sí, la discapacidad no está en el lado de la persona ni de la sociedad, esto, resulta estar en medio.

Comprendo que es complicado cambiar un concepto que por muchos años ha estado presente, incluso, es complicado para muchos activistas de derechos de personas con discapacidad. La mayoría de las organizaciones de la sociedad civil en nuestro país, y nosotros mismos, seguimos entendiendo la temática de la discapacidad como un asunto de salud y de asistencia social. Por esto, en la mayoría de los estados de la república cuando preguntamos a los gobernadores “¿quién atiende el tema de las personas con discapacidad?” la respuesta es “lo atiende el sistema estatal DIF”. Ésta es una institución de asistencia social, estoy de acuerdo en que las personas con discapacidad tenemos derecho a la asistencia social, pero no es el único derecho que tenemos. Lo anterior nos da un diagnóstico na-

cional que nos dice que el reto es cambiar la cultura hacia el entendimiento de la discapacidad como un asunto de derechos humanos.

Según el informe sobre discapacidad del Banco Mundial de 2011, más de mil millones de personas viven con discapacidad en todo el mundo. Lo que dice el banco mundial es que somos, aproximadamente, el 15% de la población en el mundo quien vive la discapacidad. De este total, más de doscientos vivimos deficiencias y limitaciones considerables. La discapacidad no tiene grados, pero las deficiencias sí. Este mismo informe arrojó datos muy interesantes que podrían ayudar a entender cuáles serán los principales orígenes de la discapacidad en las épocas venideras. Se nos habla de una alerta en cuanto a enfermedades mentales; asimismo, se menciona que el 80% de la población con discapacidad en el mundo vive en países en vías de desarrollo; sabemos que México es un país en vías de desarrollo. Quiero hacer énfasis nuevamente en que una enfermedad mental no es sinónimo de discapacidad, es origen de deficiencia psicosocial, que al interactuar con las barreras del entorno construye la discapacidad. Este informe habla de que el incremento de las enfermedades mentales y de las enfermedades crónicas degenerativas va a tener un impacto en la vivencia de la discapacidad en las siguientes décadas.

El censo de población del INEGI de 2010 dice que el 5.1% de la población de nuestro país vive la discapacidad. ¿Ustedes consideran que entre el 15% que maneja el Banco Mundial y el 5.1% no hay una diferencia que nos lleva a pensar que quizá nos quedamos cortos? Yo creo que la respuesta es sí, quizá nos quedamos cortos. Probablemente, el censo del INEGI no está reflejando cuántas personas verdaderamente viven con discapacidad en nuestro país. Muchos presupuestos, planes y programas están ligados a las estadísticas oficiales en México. Y si la estadística oficial dice que el 5.1% de la población en México vive la discapacidad, la pregunta es ¿el presupuesto que se va a destinar será congruente con la realidad? En estas cifras tenemos la respuesta. El mismo censo de población y vivienda de 2010 nos habla de cuáles son las principales deficiencias que deconstruyen la discapacidad en nuestro país. Más de la mitad de la población que vive con discapacidad, según el censo, tiene una deficiencia de tipo motriz, que tiene que ver con la movilidad de tipo físico, esto es, el

53.8%; las deficiencias visuales abarcan un 28.5%; las deficiencias auditivas, el 11%; las deficiencias mentales en el promedio nacional ocupan un 9.9%, sin embargo, hay estados de la república en que el índice de población con discapacidad de origen mental es muy elevado, está arriba del 20%.

Hablar de mujeres con discapacidad es hablar de un grupo en situación de vulnerabilidad, que la mayoría de las veces se etiqueta como un grupo que vive la discriminación intrasectorial o una doble discriminación. Las mujeres con discapacidad hemos sido asumidas socialmente como objetos de cuidado y no como sujetos de derecho. En el cambio respecto de la discapacidad tenemos que empujar como sociedad, no sólo desde las instituciones de promoción y defensa de los derechos humanos, no sólo desde el gobierno y sus instituciones, sino desde la sociedad en su conjunto, en una perspectiva de derechos humanos. Se debe dejar de plantear, pensar y asumir la discapacidad como un tema de asistencia, para entenderlo como un tema de derechos humanos, y entender que debe ser un tema que transversal en la política pública en el ámbito federal, en los estados y en los municipios. Esta es una tarea de todas y de todos.

Las mujeres con discapacidad enfrentamos una doble situación de discriminación. Históricamente las personas con discapacidad hemos sido entendidas como objetos de asistencia, por eso la mayoría de los gobernadores y gobernadoras —lo digo con conocimiento de causa— contestan que quien atiende el tema de las personas con discapacidad es el DIF o la Secretaría de Salud; son las dos respuestas que obtenemos. Esto lo menciono después de un diagnóstico que hicimos cuando me encontraba trabajando en la CNDH, desde el mecanismo de supervisión de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; fue sorpresa y al mismo tiempo no lo fue, porque en cada una de las visitas a los estados las respuestas siempre nos llevaban a trabajar con DIF, pues era quien tenía la tarea y el presupuesto para atender el tema de discapacidad, aunque sus atribuciones sean tan limitadas para este tema transversal.

¿Qué hicieron algunas entidades como Guanajuato o la Ciudad de México? En el momento en que los gobiernos entendieron la problemática de la población con discapacidad con esta visión de derechos humanos, crearon institutos que

podrían coordinar todas las políticas en materia de discapacidad de manera transversal; crearon, por ejemplo, el Instituto Guanajuatense de Discapacidad o el INDEPEDI en el Distrito Federal.

El Instituto Guanajuatense tiene la tarea de ser el mecanismo de aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; su creación tiene dos años, pero ya se cuenta con el entendimiento del mandatario estatal y de todos los secretarios de que este es un tema que debe ser transversal.

La discriminación ha sido inherente en el tema de las personas con discapacidad, no podemos ocultarlo, pero ésta se agudiza cuando se trata de mujeres y niñas. Les daré un ejemplo que no se refleja en el INEGI de 2010, el cual dice que somos casi el mismo número de mujeres y de hombres; en cuanto a la escolaridad no hay mucha diferencia entre la escolaridad de las mujeres con discapacidad y la de los hombres con discapacidad, en cambio, sí existe esta diferencia en comparación con quienes no tienen discapacidad; por supuesto que es menor el índice de alfabetización de las personas con discapacidad en México respecto de quienes no la tienen. Sin embargo, en años anteriores, en el caso de las mujeres se reflejaba un mayor ingreso a las escuelas de nivel básico. Esto va de la mano con el tema cultural que señala que desde las familias se asume a las personas con discapacidad como objetos de cuidado; suena muy cruel decir “objetos de cuidado”, pero lo digo porque un sujeto de derechos es consultado.

El espíritu del máximo tratado de defensa de los derechos de personas con discapacidad, que es la Convención, tiene principios muy importantes, como el respeto, la igualdad, la no discriminación y los principios que tienen que ver con el respeto a la autodeterminación, con el respeto a las propias decisiones de las personas con discapacidad. Esta Convención que México no sólo firmó y ratificó, sino que promovió en Naciones Unidas tiene una frase fundamental respecto de quienes tenemos discapacidad, de los grupos y de las asociaciones: “Nada sobre nosotros sin nosotros”. Ésta se refiere a la necesidad de que seamos las personas con discapacidad las que protagonicemos nuestra propia lucha por un cambio de cultura; nos lleva a reflexionar sobre la manera en que



nos hemos relacionado, sobre la manera en la que hemos abordado a las personas con discapacidad históricamente, desde el núcleo de la familia, en dónde se toman las decisiones de las personas con discapacidad. Esto se agudiza cuando se trata de una mujer o de una niña.

Haré referencia a una anécdota de un caso real. Dentro de la gira visitamos Nuevo León, realizamos un foro sobre los derechos humanos de las mujeres con discapacidad en México y un taller específico de empoderamiento, con una asistencia de más de cien mujeres; la sede fue la Universidad Tecnológica de Santa Catarina. En la charla con las chicas, la mayoría mujeres con alguna discapacidad, algunas otras sin discapacidad —es un tema de inclusión—, lo que más nos comentaban se relaciona con la restricción dentro de la familia. Chicas universitarias con discapacidad, con desconocimiento de las atribuciones de las instituciones, se acercaron a pedirnos ayuda, y con frases muy reveladoras pedían apoyo para presentar una queja en la Comisión de Derechos Humanos en contra de su mamá o de su papá. Les brindamos el apoyo a través de los ponentes que nos acompañaron, y la mayoría de los casos eran muy similares al de esta chica que a continuación referiré.

Una chica con lesión medular, usuaria de silla de ruedas, adulta, universitaria, que estaba inscrita en el último semestre de la carrera técnica en la Universidad Tecnológica de Santa Catarina, sin ninguna deficiencia intelectual y sin condición psicosocial, es decir, sólo tenía una lesión física, nos comentaba que su familia no le permitía llegar de manera independiente a la escuela, a pesar de que ésta tiene servicio de transporte gratuito, esto es, la universidad más incluyente de Latinoamérica tiene por patrocinio un vehículo adaptado con rampa y sensor para que las personas puedan acercarse, y tiene ciertas paradas específicas. Esta chica nos comentó que su mamá no le permitía ir sola a pesar de que ella sabía que se podía acercar de una manera sencilla, subirse al autobús y llegar a la escuela y regresar. La mamá acercaba a la chica a la parada y la acompañaba hasta la escuela, la esperaba a la salida y regresaba con ella hasta la casa. Esta situación refleja todos los estereotipos que se puedan imaginar: creer que una mujer con discapacidad es objeto de cuidado y no sujeto de derechos, digo “objeto” porque los programas de asistencia no toman en cuenta muchas

veces la autodeterminación de las personas con discapacidad. La principal barrera para la inclusión de la población con discapacidad es la barrera cultural que tiene que ver con estos estigmas y estereotipos.

Cuando le preguntamos a la chica cuál era el motivo por el cual su mamá no quería que ella fuese sola, la respuesta fue que la mamá decía que si iba sola la iban a violar. Esta respuesta hace notar un gran temor de la familia acerca de una persona que evidentemente tiene limitaciones para defenderse, sin embargo, no tiene limitaciones para ir de manera independiente, y con estos comentarios y actitudes su nivel de confianza disminuía, pues ya tenía casi como mantra esta frase que su familia le decía; posteriormente, podría adquirir el temor de relacionarse con otras personas.

Existe un marco de protección de derechos humanos de las mujeres y de las niñas; el artículo 6° de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad habla de manera clara y específica sobre cuáles son los derechos así como también las observaciones de la ONU. Me permitiré adelantarme a este tema.

Pueden existir todos estos mecanismos, pero si el marco jurídico no está acompañado de acciones afirmativas para un cambio de cultura, poco lograremos en el ejercicio de los derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad.

#### Artículo 6°

Los Estados Parte reconocen que las mujeres y niñas están sujetas a múltiples formas de discriminación, y a ese respecto adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Cuando analizamos este artículo con base en los grupos de mujeres con los que nos pudimos reunir a lo largo del país, nos dijeron que el principal obstáculo es que no tienen acceso a los programas institucionales en beneficio de las mujeres. A modo de ejemplo, en la mayoría de las entidades existen los institutos de la mujer, estos tienen muchos programas de empoderamiento, de información, de derechos sexuales y reproductivos, de planificación familiar, de programas que están destinados al desarrollo económico de las mujeres locales, lo cual es muy positivo. Sin embargo, en un acercamiento a varios institutos sólo encontramos uno de diez que contaba con programas específicos para mujeres con discapacidad. No se trata únicamente de contar con programas específicos, sino de que todos los programas que se desarrollan en estos institutos sean incluyentes de las personas con discapacidad. Cuando preguntamos cuáles de estos programas contaban con un intérprete de lengua de señas la respuesta fue muy negativa. Algunos institutos nos decían que las personas no se acercaban y nuestra pregunta es ¿cómo se va a acercar la población con discapacidad auditiva a un programa que no tiene intérpretes?, ¿cómo va a ejercer su derecho a la información una persona que no cuenta con estos ajustes razonables? La Convención habla de estos ajustes, de la accesibilidad y del diseño universal. Éste no sólo se refiere a la existencia de rampas y ascensores, incluye todo el diseño del entorno, los productos, la comunicación y la información; si todo este conjunto no es accesible para todos y todas no podemos hablar de un diseño universal ni de un programa incluyente.

Se necesita realizar acciones afirmativas como programas específicos para mujeres con discapacidad, y que tomen en cuenta a estos grupos que viven una situación de doble o triple discriminación o marginación, como las mujeres migrantes con discapacidad, mujeres indígenas con discapacidad, mujeres adultas mayores con discapacidad, mujeres en condición de pobreza con discapacidad, etc. ¿Por qué lo menciono como si se nos olvidara? Porque créanme que sí se nos olvida; de pronto encontramos acciones afirmativas que son dignas de poner ejemplo, pero no incluyen a toda la población. Hace poco tiempo tuvimos la oportunidad de acercarnos a familias de mujeres con discapacidad en las comunidades indígenas del sur de Ensenada, en Baja California; encontramos que estas mujeres adolescentes y adultas no tenían acceso a la educación

debido a la carencia de sillas de ruedas; familias en donde dos o tres mujeres tenían una discapacidad de origen físico y no contaban con una silla de ruedas y, mucho menos, con la posibilidad de educación. Se dice que a nivel mundial el 1% de las mujeres con discapacidad está alfabetizada.

En estos grandes esfuerzos que se hace, porque debemos admitir que existen, todavía no se ha encontrado la forma de acelerar la inclusión educativa y laboral de las mujeres con discapacidad en México. El censo del INEGI de 2010 señala que, aproximadamente, el mismo número de mujeres y de hombres en edad laboral con discapacidad están ocupados. Esto es lo que nos dice el censo, pero los ingresos de las mujeres con discapacidad están por debajo de los sueldos de los hombres en esta misma situación. En el acercamiento a las comunidades indígenas, algo que resultó muy preocupante fue el entendimiento, no para todas, pero sí en general en el ámbito internacional, de esta idea de que la mujer con discapacidad está enferma y es una carga social, no un sujeto de derechos. En estos espacios es donde más se agudizan los estigmas hacia las mujeres con discapacidad. El caucus de discapacidad de la ONU (el caucus es nuevo, es de personas con discapacidad de las comunidades indígenas) ha estado analizando las problemáticas, y Asia y América no son muy diferentes en cuanto a los estigmas que siguen generando grandes barreras para el respeto de los derechos humanos de las mujeres con discapacidad, esto en el ámbito de las comunidades indígenas.

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), habla del tema de las mujeres con discapacidad. Algo que nos preocupó mucho del acercamiento a las organizaciones de la sociedad civil en todo el país es que la mayoría no estaba adoptando una perspectiva de género ni multiculturalidad. Por esto, siempre que podemos hacemos la invitación a subir en las agendas el tema de las mujeres con discapacidad.

En algunos estados de la república ha habido una gran resistencia para abordar los derechos sexuales y reproductivos como un tema de derechos humanos. Comentaba al inicio de mi intervención que fue el gran tema tabú del Encuen-

tro Internacional en Estados Unidos de Mujeres Líderes con Discapacidad, esto también se reflejó en los encuentros de mujeres con discapacidad en nuestro país.

Hablar de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad, quienes ya tenemos tiempo en este tema, sabemos que es hablar de graves injusticias. Lo anterior se refleja en las observaciones que hizo el Comité de Expertos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, en octubre de 2014, en donde señaló que en México se sigue practicando esterilizaciones no consentidas a mujeres con discapacidad; asimismo, las observaciones y recomendaciones se refieren a detener esta situación, incluso, se habló en el Comité, en la evaluación previa a México, de la existencia de albergues, casas hogar o de asistencia, en donde, con el apoyo del sistema DIF estatal, se estaban practicando de manera masiva esterilizaciones no consentidas a mujeres con discapacidad.

Las mujeres con discapacidad tenemos derecho a decidir sobre nuestro cuerpo, a vivir de manera plena nuestra sexualidad y a formar una familia. En específico, el artículo 23 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad habla del derecho de formar una familia. La tarea del Estado es garantizar los derechos humanos para todas y para todos. Es una obligación ineludible. Las estrategias tenían que haberse construido desde hace mucho tiempo. Ahora estamos en ese camino, conjuntando esfuerzos entre organismos públicos de derechos humanos, gobierno y sociedad civil, en ese camino de construir programas específicos y acciones afirmativas.

Hablar en nuestro país de asistencia sexual para mujeres con discapacidad sigue siendo un tema tabú, cuando en otros países de Latinoamérica, como Argentina, ya es un tema que está incluso en la mesa de los legisladores y de las legisladoras. En países como Suiza existe la figura del asistente sexual para personas con discapacidad, y tiene la posibilidad de ser subrogado por el Estado.

En nuestro país, por otro lado, se practican esterilizaciones no consentidas; se limita el acceso de las mujeres con discapacidad a la información para elegir la

forma de vivir su sexualidad. Y quiero ponerlo en palabras muy sencillas, todas y todos tenemos derecho a decidir si tenemos o no tenemos hijos, cuándo los tenemos y cómo los tenemos.

El tema de las mujeres con discapacidad parece, y digo “parece” porque no lo es, que es distinto, parece que es nuestra familia quien puede decidir. Voy a referir un caso en concreto; éste fue el parteaguas que me orilló a intensificar las acciones para visibilizar las violaciones a derechos humanos que vivimos las mujeres con discapacidad. Ocurrió cuando yo estaba trabajando para el sistema nacional DIF, hace varios años, y dentro de los estudios que pude realizar se encuentra un diplomado en orientación familiar, avalado por el sistema nacional DIF. Entonces, por un tiempo dentro de esta institución me dediqué, en el marco de las acciones para la inclusión, a la orientación familiar, y llegó a mi oficina un caso que para cualquier persona que lo hubiera abordado sería difícil de olvidar.

El caso es de una chica de veintiún años con discapacidad, con una deficiencia física congénita que le hacía caminar con muchas dificultades por un problema en la cadera; cuando tenía cierto tiempo de andar, una o dos cuerdas, perdía la fuerza y caía. Esta chica caminaba con el apoyo de muletas canadienses. Llegó a mi oficina porque tenía un problema con su pareja, ella era una persona con una discapacidad de origen físico y tenía como pareja a un chico con discapacidad intelectual; se conocieron en el lugar donde trabajaban —un tema que también atendía era la inclusión laboral—, había varias empresas que estaban abiertas a respetar el derecho al trabajo que tenemos todas y todos, por esto no discriminaban a las personas con discapacidad y contaban con programas específicos para la inclusión laboral; se conocieron ahí, el chico pidió ayuda a su familia por algunos problemas que tenían y la familia se acercó a nosotros. Cuando yo platiqué con ella el primer día me contó su historia. Una chica de veintiún años que a los seis había sido abusada sexualmente por su padre, a los dieciocho intentó suicidarse por primera vez, a los diecinueve lo intentó nuevamente, y ya para los veintiún años llevaba cuatro intentos; tenía afectaciones de salud a consecuencia de esto. Provenía de una familia con limitaciones importantes de recursos y un bajo nivel de escolaridad. En una ocasión me comentó

que le daban ataques de impotencia —así los llamaba ella— cuando iba caminando y se caía, y lo relacionaba siempre con su vida, con ese querer estudiar y no poder porque las escuelas no son accesibles, porque los maestros no tienen la comprensión de la inclusión educativa, porque falta la comprensión política muchas veces, todo eso lo veía como una caída. Avanzaba un poco, a pesar de las limitaciones, y caía al no encontrar trabajo; encontraba trabajo y caía cuando se daba cuenta de que ganaba menos que su compañero varón; conseguía otro trabajo, pero caía porque se daba cuenta de que para conservar ese trabajo tenía que hacer el doble de lo que hacía su compañero varón u otra persona.

Cuando nosotros le sugerimos respetuosamente la posibilidad de presentar una denuncia siempre se negó, tres meses estuvo ahí y siempre se negó. El autoconcepto que tenía era que una mujer con discapacidad en esta sociedad vale menos. Ella estaba convencida de que una mujer con discapacidad tiene menor valor. Platicamos con ella acerca de la dignidad que es inherente a todos los seres humanos, que no hay una persona que valga más que otra, que la plenitud biológica o física no tiene nada que ver con la integridad de la dignidad. Sin embargo, veintiún años de tener una vida que reiteradamente le mandaba el mensaje de que era inferior le hacía pensar así.

El reto fue ayudarla a llegar a un punto en que se pudiera asumir como sujeto de derechos humanos, con el derecho de decidir sobre su vida, sobre su cuerpo y su futuro; tener un proyecto de vida, un proyecto educativo si ella lo quería. Esta vivencia fue determinante para entender las mayores dificultades que muchas veces vivimos las mujeres con discapacidad. La amenaza constante en su familia era “tu no puedes denunciar a mi papá porque si él es llevado preso tú nunca nos vas a poder mantener como lo hace él. Preferimos que nuestro padre siga en la casa y tener un ingreso a que él esté preso y tú sigas en esta familia”; fue un mensaje concreto de sus hermanos y hermanas. Esta cruel realidad no es de una persona o de dos en nuestro país, es una realidad que muchas mujeres, niñas y adolescentes viven. Finalmente, esta mujer decidió no denunciar, pero emprendió la búsqueda de un proyecto de vida independiente, con muchísimas dificultades por su nivel de escolaridad y por su carencia económica, sin em-

bargo, logró tomar esta decisión: no afectar a su familia —así lo veía ella—, pero sí recorrer un camino distinto al que estuvo viviendo esos veintiún años. La amenaza del padre era “tú no puedes decir nada, tú físicamente dependes de nosotros, económicamente dependes de nosotros, de mí en particular, y, además, si tú decides hablar tú historia será la de tus hermanas”. Imaginen qué situación tan fuerte para una mujer, para cualquier persona.

El tema de las mujeres con discapacidad está presente en las recomendaciones de la ONU, en el marco jurídico internacional de protección de nuestros derechos humanos y en el nacional, pero esas vivencias, esos ejemplos que podemos encontrar de manera cotidiana a veces parece que están lejos de encontrar justicia. El reto es hacer que estos documentos devuelvan una realidad en cuanto al respeto y garantía de los derechos humanos de las mujeres con discapacidad, en cualquier rincón del país. Creo que uno de los caminos es hacer visible las problemáticas que enfrentamos, que enfrentan las mujeres con discapacidad de las comunidades indígenas, migrantes, así como las mujeres con discapacidad auditiva, psicosocial, etc.

En el tema de la violencia obstetra tenemos otras historias, como los casos de las mujeres con discapacidad auditiva que han sido violentadas cuando no tienen garantizado el derecho a la información y a la comunicación. Imaginen todo el proceso de un parto sin poderse comunicar porque no hay un intérprete de lengua de señas en la sala de parto o de quirófano, imaginen cómo podrían manifestar la necesidad de apoyo o de medicamento o cualquier inquietud, o cómo preguntar si tu hijo nació bien, si lo vas a poder cargar o alimentar, si en estos momentos en tu entorno no hay nadie que hable la lengua de señas; éste es un ejemplo de violencia obstetra. Si una mujer sin discapacidad vive, siente y es afectada por la violencia que se da en este proceso de parto y de atención ginecológica y obstétrica, yo les invito a que volteen a ver cómo lo vive una mujer con discapacidad.

Una mujer con lesión medular, proveniente de Mérida, me comentó que su médico le sugirió nunca embarazarse porque no se iba a poder parar a atender una emergencia de su hijo o de su hija, ya que es usuaria de silla de ruedas. Otra



recomendación que se hace a muchas mujeres con discapacidad visual es consentir una esterilización. Y no me refiero a clínicas en comunidades alejadas, sino en la misma Ciudad de México; médicos y enfermeras de instituciones de salud pública hacen la invitación insistente a mujeres con discapacidad para practicarse una esterilización, y está documentado en casos que tiene la CNDH.

El caso de las mujeres con discapacidad intelectual es aún más severo cuando se trata del ejercicio de la sexualidad. Esto se relaciona con el mal entendimiento de que una mujer con discapacidad de este tipo no debe ejercer la sexualidad. Hace tres años, en un encuentro para hablar de la sexualidad de las personas con discapacidad en Yucatán asistieron algunas personas de comunidades mayas y platicamos sobre este derecho. Hubo un taller específico para mujeres con discapacidad intelectual; las mujeres querían conocer desde lo básico, conocer el cuerpo y qué podían hacer y qué no podían hacer. Cuando las personas que impartían los talleres hablaban de los mismos derechos para todas, ellas se sorprendían, pero las madres se preocupaban y se acercaban a preguntarnos acerca de la manera en que podían impedir que la información que se compartiera a sus hijas fuera tanta. La pregunta que les hicimos a todas estas mujeres fue si conocían sus derechos humanos; la mayoría de ellas dijeron que no. Fue revelador para muchas de ellas saberse sujetos de derechos humanos.

El taller más concurrido fue el de mujeres con discapacidad intelectual. Al finalizar el taller, en la evaluación, encontramos una respuesta muy positiva. En seguimiento, las personas que pertenecen a este grupo solicitaron, tanto a la Secretaría de Salud como a la Comisión de Derechos Humanos de Yucatán (CODEHY), que se siguieran dando estos talleres, cursos y mecanismos para informar a la población en general y a las mujeres con discapacidad sobre sus derechos humanos.

La actitud de sobreprotección es totalmente entendible porque provenimos de una cultura que asume a las personas con discapacidad como objetos de asistencia, de caridad, de rehabilitación, como objetos de programas de salud. El reto es asumirlas como sujetos de derechos humanos y respetar la autodetermi-

nación; respetar el derecho a decidir sobre nuestra vida y garantizar el derecho a vivir en la comunidad y a formar una familia, si eso es lo que deseamos.

Quiero finalizar, si me lo permiten, invitándolas a todas y a todos ustedes a contribuir a este cambio de cultura que necesita nuestro país, para que entendamos a las personas con discapacidad como iguales, con la misma dignidad, como sujetos de derechos, para sumarnos a un movimiento que necesita el país por el trato digno a todos y a todas.

## Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en México

.....  
María del Pilar Cruz Pérez\*

*... pareciera que del mismo modo que se evitan con fuerza las imágenes de amor entre personas del mismo sexo, dos personas con discapacidad que aparecieran en público en actitud íntima deberían merecer la desaprobación social.*

Shakespeare, 1998: 207.

**E**n la sociedad actual hablar de personas con discapacidad remite a solidaridad y apoyo, es común se les identifique como débiles, necesitadas de ayuda, objeto de beneficencia, receptoras pasivos de derechos o dignas de lástima, razón por la cual han sido marginadas y sus condiciones y necesidades hasta hace poco habían permanecido invisibles de las agendas políticas nacionales e internacionales.

---

\* Profesora e investigadora de la Universidad Pedagógica Nacional, Ajusco.

Esta situación había permanecido sin cambios hasta hace poco, incluso después de las discusiones nacionales e internacionales que han pugnado por su inclusión a todas las esferas sociales,<sup>57</sup> el proceso de promoción de derechos de este sector ha sido lento y los esfuerzos se han concentrado en su integración a espacios educativos y productivos, lo cual es muy importante pero, se han dejado de lado condiciones particulares como es el acceso y ejercicio de su afectividad, su sexualidad y la posibilidad de reproducción.

La presente reflexión busca dar cuenta de los mitos y estereotipos construidos en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad, a fin de mostrar las limitaciones que generan para el acceso a sus derechos sexuales y reproductivos.

## **DE CÓMO NOMBRAR. PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL**

La forma de nombrar lo que ahora se agrupa bajo el concepto de discapacidad, ha variado en diferentes épocas y contextos sociales transitando entre la visión animista que lo considera como castigo divino o una posesión diabólica, la explicación científica que busca minimizar sus efectos y el interés de reconocer a quien la posee como sujetos de derechos.

En este proceso ha sido común, desde el uso de términos peyorativos como idiota o imbecil, hasta definiciones más sutiles pero con la misma carga negativa como subnormales (debajo de la norma), impedidos (sin posibilidades), deficientes (defectuosos, incompletos), inválidos y minusválidos (sin o con menos valor), incapaces o incapacitados (carentes de capacidades) todas las cuales, las marcaban como seres inferiores en comparación con lo esperado en la época y contexto social (Momm y Ransom, 2001). Es decir, el rasgo común en todos los casos era la intención de establecer, con base en rasgos físicos y/o psíquicos, las limitaciones de las personas y mostrar cómo se alejaban de lo establecido como

---

<sup>57</sup> A partir de 1981 que fue declarado “Año Internacional de los Impedidos”, se ha dado un aumento considerable de investigaciones y programas gubernamentales dirigidos a la población con discapacidad en toda América Latina (Sánchez y Barrios, 1992).

“normal” lo que no solo conlleva un trato diferente, sino también desigual (Palacios, 2004).

En las últimas décadas se ha buscado cambiar dicha situación y se ha promovido el uso de términos que no reproduzcan una imagen devaluada del sector, lo que ha llevado al uso de conceptos como capacidades diferentes, diversidad funcional y discapacidad, las cuáles pese a las buenas intenciones, no siempre han cubierto las expectativas.

En principio, *Capacidades diferentes* se acuñó y popularizó en manos de políticos y medios de comunicación con la idea de contar con una forma “políticamente correcta” de referirse al sector y de mejorar la percepción social que se tenía de ellas. No obstante, se ha cuestionado la utilidad de su uso por su imprecisión y porque no permite definir las necesidades específicas de estas personas frente a las del resto de la sociedad, dado que todos/as sin excepción tenemos capacidades diferentes (Jiménez, 2007).

Por su parte, el término *diversidad funcional* se propuso desde el ámbito académico con la intención de mostrar que las diferentes condiciones físicas y/o mentales son expresiones de la diversidad humana y no por ello son inferiores o denigrantes, postura que representa un avance importante en su reconocimiento e inclusión pero, no elimina las dificultades de su uso porque no considera las barreras sociales que impiden el desarrollo pleno del sector y, si bien se funda en el reconocimiento de la diversidad humana, se vuelve a centrar en las condiciones individuales y en la diferencia (Mareño y Masuero, 2010).

Finalmente el término *discapacidad*, cuyo uso era común desde finales de la década de los setentas en manos del movimiento social a favor de los derechos del sector, ha empezado a retomarse de manera más formal e introducido al contexto de la legislación en la materia por considerarse menos ambiguo y con menos connotaciones sociales negativas que los anteriores.<sup>58</sup> No obstante, ha

---

<sup>58</sup> Fue aceptado por la Real Academia de la Lengua Española en los años noventa y la define como la disminución o ausencia de capacidad en algún área específica que impide el desempeño de ciertas fun-

sido necesario precisar la definición debido a que, por su origen etimológico el prefijo *dis* antes de capacidad refiere negación o carencia, lo que sin una aco-tación clara suele distorsionar el significado que se otorga a las personas que poseen estos rasgos al definir las “sin capacidad”. Es decir, nombrarlas *discapa-citadas* las signa como entes sin capacidad con base en rasgos físicos o menta-les que solo limitan el desarrollo de algunas áreas, lo que convierte una marca específica en condición general que abarca a la persona en su totalidad y la co-locar en el plano de la incompletud y la carencia; razón por la cual, se sugiere usar *personas con discapacidad* (Garzón, 2007).

Otro problema en el uso del término discapacidad es su vínculo con “la enfer-medad y las dolencias, que obstaculizan las capacidades tanto fisiológicas como psicológicas” (Oliver, 1998:36). Tal situación, conlleva un profundo inte-rés en restituir la salud y por ello, se espera que estas personas se sometan a tra-tamientos de rehabilitación bajo la supervisión y el poder de especialistas, con miras a conseguir un *funcionamiento* lo más cercano posible a lo considerado normal, lo que lleva a que con frecuencia, los servicios y programas dirigidos a este sector se centren en temas como rehabilitación y salud, ubicándolos básicamente como consumidores de medicamentos, receptores de sillas de ruedas, prótesis, órtesis y demás equipo para favorecer su movilidad y comunicación, dejando de lado temas de gran importancia para el desarrollo pleno de las per-sonas como por ejemplo, la sexualidad y la reproducción, de los que poco a nada se habla.

## ALGUNAS CIFRAS SOBRE SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD EN MÉXICO

Los cambios recientes acerca de cómo nombrar a las personas que por diversas condiciones orgánicas, psíquicas o funcionales no entran al parámetro de nor-malidad establecido socialmente, son solo un ejemplo de los avances alcanza-dos para lograr el reconocimiento y ejercicio pleno de derechos de este sector

---

ciones a causa de un déficit generado por una enfermedad, un accidente o una lesión (Hermida-Ayala y Mateos, 2010).

de la población y que han dado lugar a posturas que actualmente parecieran naturales e inamovibles. Por ejemplo, el discurso que afirma que este sector debe tener acceso a todos los derechos y condiciones para disfrutarlos plenamente es común e innegable, sin embargo, las cifras producidas para conocer la realidad de esta población,<sup>59</sup> muestran las dificultades que aún existen para identificarlas, así como para definir las condiciones en las que se encuentran y sus necesidades, las cuales parecen seguir siendo invisibles en ciertas áreas, como es el caso de la sexualidad.

Así, la primera inclusión de indicadores sobre discapacidad en el Censo Nacional de Población y Vivienda en el año 2000 dio a conocer que éste sector constituía el 2.13% de la población del país, con 2.2 millones de personas, de los cuales el 52% eran hombres y el 48% mujeres (INEGI, 2000). No obstante, estos datos contrastaron con las sugeridas por la Organización Mundial de la Salud que estimaba entre el 7 y el 10% de la población (OMS, 1990), inconsistencia que parecía tener base en los estereotipos y creencias socioculturales que impiden reconocer y aceptar la discapacidad: “hay personas que la reconocen y la declaran sin ninguna dificultad; otras que la reconocen pero se niegan a declararla; otras que no se reconocen como tal, y en otros casos la ocultan” (Velásquez, 2004: 2).

Tal situación se mantuvo en el Censo del año 2010, cuyos resultados siguieron aportando cifras por debajo de las estimadas por la OMS pero, también contrastaron con los de la década anterior al reportar que la proporción nacional era del 5.1%, es decir, 5 millones 739 mil 270 personas, incremento inconcebible pues, implicaba una tasa de crecimiento anual del 9.7% del sector, frente al 1.4% del crecimiento total (Castro, 2011), resultados que no solo muestran la poca fiabilidad de las cifras, sino también, la necesidad de reflexionar en torno a las dificultades que conlleva la caracterización de esta población.

---

<sup>59</sup> La producción de información sobre las personas con discapacidad en México, inició en las décadas de los ochentas y noventas, a partir de las recomendaciones internacionales que demandaron a los Estados contar con información censal sobre esta población para crear políticas en favor de su integración en todos los ámbitos de su vida cotidiana (ONU, 2010).

Pese a lo anterior, no se puede negar que el Censo del 2010 aportó información importante sobre la proporción de mujeres 50.1% y de hombres 49.9%, así como sobre las condiciones y el tipo de limitación asociado a la discapacidad. Se encontró que las dificultades para caminar o moverse son las que ocurren con mayor frecuencia (58.3%), seguidas por las sensoriales (visuales 27.2%, 12.1 % auditivas y del habla 8.3%) y finalmente las mentales e intelectuales, que corresponden al 18.4% (INEGI, 2010; 2012).

Además, este Censo incluyó indicadores sobre sus condiciones de vida como el acceso a servicios de salud, a educación, a su participación económica y, de particular importancia para la reflexión que nos ocupa, sobre la vida conyugal, los cuales mostraron que el 50.3% de esta población mayor de 12 años tiene alguna relación marital (casado/a o unión libre), el 28% son separados/as o viudos/as y el 21.7% se declaran solteros/as, lo que evidenciaría la pertinencia de ofrecer información sobre sexualidad, ya que un porcentaje importante tendría pareja en algún momento de su vida.

En cuanto a la fecundidad, los datos señalaron que con la edad se incrementa el promedio de hijos vivos; siendo entre las mujeres de 12 a 29 años de 0.4 y en las adultas mayores de hasta 6.2 hijos, lo que podría significar que entre estas últimas están quienes adquirieron la discapacidad después de su maternidad mientras que, quienes la adquirieron desde el nacimiento o durante la niñez y juventud, podrían enfrentar dificultades para decidir tener hijos y/o en casos extremos, estarían viviendo limitaciones para establecer relaciones erótico-afectivas, sometidas a esterilización y/o a abortos forzados (INEGI, 2012). Sin embargo, no se cuenta con información que permita tener certezas al respecto.

En suma, la poca información sobre el tema y las inconsistencias entre la existente, parece estar relacionada con el poco interés que despierta el análisis de esta situación entre las personas con discapacidad debido a que se considera, no cumplen con los estándares de salud y con las condiciones “ideales” establecidas desde los discursos médico-científicos para ser consideradas “normales” y por tanto, aptas para la maternidad pues, se les ha considerado inferiores,



necesitadas de apoyo y por ende, incapaces de hacerse cargo de sí mismas y menos aún del cuidado de otros (Cervantes, 1999).

Tales creencias también pudieron verse reflejadas en la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIM, 2010), la cual reportó que el 23.5% de las personas encuestadas, no estarían dispuestas a cohabitar con personas con discapacidad. Además, también se identificó que el 36.4% de la población con discapacidad encuestada considera muy difícil el acceso a espacios laborales y escolares, lo cual se confirmó al indagar en condiciones específicas, por ejemplo, se encontró que de cada 100 personas con discapacidad, 46 asisten o asistieron a la escuela; 64 colaboran en el hogar, 32 tienen trabajo que realizan en su domicilio y 95 viven con su familia, es decir que en la realidad, se mantiene una tendencia al rechazo, a la exclusión y al aislamiento de este sector que repercute en su inclusión y en su desarrollo económico (Conapred, 2012).

Además, un acercamiento que hizo la misma encuesta a la percepción que tienen las personas con discapacidad sobre su condición y la satisfacción de sus necesidades mostró que el 65.5% considera que sus derechos no son respetados; al 78% le es difícil recibir apoyos gubernamentales por problemas de comunicación, accesibilidad o información; el 19.1% afirma que sus ingresos son insuficientes para cubrir sus necesidades básicas y el 33% dice que el sistema de salud no brinda los servicios que necesita y menos aún en salud sexual y reproductiva, tema “olvidado” en los programas de atención al sector. Esta última situación parece estar sostenida en tabúes y mitos que aun subyacen en los discursos médico-científicos que difunden la inevitable relación entre el “cuerpo normal-funcional-ideal” y el comportamiento reproductivo, lo que implica que, quienes no cumplen ciertas condiciones sean excluidos de las políticas y programas en la materia.

## DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: ¿ES POSIBLE INCLUIR LA SEXUALIDAD?

La información anterior, permite mostrar cómo pese al auge que han cobrado los discursos sobre los derechos humanos, hoy día las personas con discapacidad siguen enfrentando dificultades para ejercerlos plenamente, incluso después de la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,<sup>60</sup> que marcó un cambio en su percepción, atención y reconocimiento a nivel internacional. Los obstáculos físicos, arquitectónicos, económicos y culturales aún persisten, dificultando su acceso a educación, a empleos, a la seguridad social, a servicios médicos, a gozar de un nivel adecuado de vida, a trasladarse de un lugar a otro, a expresarse y menos aún en el campo de la sexualidad.

La aprobación de la Convención marcó un cambio en el paradigma que reducía al sector a sujetos de asistencia social para convertirlos en sujetos de derechos,<sup>61</sup> con posibilidad de participar en el diseño y ejecución de los planes y políticas que les afectan. Reconoce que la discapacidad “resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno, lo que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Conapred, 2007: 9), es decir, son estas barreras las que les impiden participar plena y efectivamente en la sociedad.

Los principios básicos que dan fundamento a la Convención ya habían sido reconocidos por otros tratados pero, se buscó integrarlos para dejar claro que

<sup>60</sup> La Convención es un instrumento internacional vinculante y visibilizó jurídicamente por primera vez a este sector. Fue aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en la Resolución 61/106, del 13 de diciembre de 2006, quedó abierto para firma y ratificación el 30 de marzo de 2007 y entró en vigor en mayo de 2008. Cuenta con un Preámbulo y 50 artículos en los cuáles, los Estados se comprometen a promover y asegurar la igualdad de derechos humanos de las personas con discapacidad y el respeto para su disfrute amplio e integral.

<sup>61</sup> Una evidencia de ese cambio de paradigma se encuentra tanto en la misma definición de discapacidad que incluye la Convención, como en su Protocolo Facultativo y en su Comité Ejecutivo, los cuales consideran la admisión de denuncias de incumplimiento por parte de personas físicas o jurídicas residentes de los Estados parte, que aleguen ser víctimas de violación de las disposiciones de la Convención (Palacios y Walls, 2008).

también aplicaban al sector con discapacidad. Así, el respeto a la dignidad de la persona, la autonomía individual, la libertad de tomar decisiones y la independencia; la no discriminación; la igualdad de oportunidades; y la igualdad entre hombres y mujeres, se incluyeron en el artículo 3:

- a) el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas;
- b) la no discriminación;
- c) la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) la igualdad de oportunidades;
- f) la accesibilidad;
- g) la igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad. (Conapred, 2007:13)

En especial, resulta pertinente destacar el principio relativo a la autonomía individual, libertad de tomar decisiones e independencia de las personas, dado que se opone a la concepción tradicional que concebía a estas personas como seres dependientes, niños o niñas eternos y por ello, objetos de atención, protección y cuidado, no como sujetos de derechos que pueden decidir sobre todos los aspectos de su vida, incluyendo su sexualidad.

Específicamente en este tema, la Convención recupera el marco conceptual y jurídico de los derechos sexuales y reproductivos establecido en la Conferencia para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Viena, en la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo y la IV Conferencia Mundial de la Mujer, de Beijing.

En principio, la CEDAW señala el derecho de las mujeres a recibir información que contribuya a asegurar la salud y el bienestar, orientación sobre planificación familiar y acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital (ONU, 1979). Por su parte, la Conferencia sobre Derechos Humanos de Viena (1993), incluyó por primera vez los derechos relacionados con la reproducción como parte de los derechos de la mujer, con lo cual, se abrió la puerta para que el tema se recuperara en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo celebrada en 1994, y en la IV Conferencia Mundial sobre la mujer.

La Plataforma de Acción de la Conferencia de El Cairo, es uno de los instrumentos más importantes en la materia, en esta se define la salud sexual y reproductiva como un estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos; más que la mera ausencia de enfermedades y, reconoce a las parejas y a los individuos el derecho a: “Decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, disponer de los medios para ello y alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva” (De los Ríos, 1998: 57).

Finalmente, la IV Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing en 1995, posicionó los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos destacando: “el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia” (ONU, 1995). Además, se destacó la importancia de evitar la violación marital y, la esterilización, el aborto o el uso de anti-conceptivos sin consentimiento, aspectos que cotidianamente suelen enfrentar mujeres con discapacidad de todo el mundo (WWDA, 2001).

En suma, la salud sexual y reproductiva implica la posibilidad de tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear y de decidir hacerlo o no, cuándo y con la frecuencia deseada. Lo que conlleva otros derechos como obtener información sobre planificación familiar, utilizar métodos seguros y eficaces para regular la fecundidad y recibir servicios de salud que permitan embarazos y partos sin riesgos (Faur, 2003).

Esta Plataforma de derechos se integró completa y explícitamente, por primera vez en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 23 relativo al respeto en el hogar y la familia (Sanjosé, 2007), el cual establece que...

- a) se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno...
- b) se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;<sup>62</sup>
- c) las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad en igualdad de condiciones. (Conapred, 2007:24)

La incorporación de este tema en la Convención es muy importante pues, aun cuando sólo se integran aspectos ya establecidos en otros instrumentos, lo relevante es que permite cuestionar los prejuicios que definen a las personas con discapacidad como infantes eternas, dependientes y asexuadas; al tiempo que

---

<sup>62</sup> El artículo 25 de la Convención referido a Salud, afirma: “[Los Estados] proporcionarán a las personas con discapacidad, programas y atención de la salud gratuitos a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población” (Conapred, 2007:26-27).

obliga a los Estados a formular políticas públicas y programas de atención que integren sus derechos sexuales y reproductivos.

No obstante, estos avances no se han visto reflejados en la práctica y un ejemplo de ello, ocurre en la atención ginecológica a mujeres con movilidad limitada en miembros inferiores, para quienes una exploración en la cama especializada resulta muy complicada y demanda una cantidad de tiempo y paciencia que, aunada a los estereotipos que las señalan como “asexuadas”, lleva a muchas mujeres e incluso a personal de salud a omitir el procedimiento, lo que deriva en deficiencias en la calidad de atención y en la cobertura de servicios. Situaciones similares enfrentan niños y varones, quienes suelen ser “invisibles” en los programas y políticas al omitirse sus necesidades de atención y orientación en el tema, lo que pone en riesgo su salud y su vida.

## **MITOS Y ESTEREOTIPOS EN TORNO A LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

La sexualidad incluye el conjunto de fenómenos emocionales y de conductas relacionados con el sexo, que marcan de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. Es un componente de la personalidad que se encuentra en constante construcción a través de los procesos de crianza, desde los cuales se aprende: “la identidad sexual y sus comportamientos desde la más temprana infancia, aun antes de nacer, a partir de los criterios y mitos familiares en relación a los roles sexuales, cadenas de identificación, instalación de diques (pudor, repugnancia y juicio moral) la libinización, los circuitos de lo erótico” (Duacastella, 2005: 41-42).

Así, la sexualidad comprende tanto el impulso sexual, como los aspectos de identidad corporal-personal y las expectativas de rol social y de relación con los demás, es decir, lo que se espera que realice cada persona en función de sus características corporales, de sus habilidades personales y del contexto social en el que se encuentra. En este sentido, la sexualidad es más que genitalidad y re-

producción pues, a diferencia de los animales, las personas no solo nos relacionamos por instinto, sino también por placer y satisfacción.

Por tanto, la sexualidad es una construcción que vincula lo biológico y lo cultural, está presente en toda persona independientemente de la edad, del sexo o de los rasgos físicos o funcionales que presente, aun y cuando estas les lleven a vivirla de manera diferente, como en el caso de quienes tienen discapacidad (Torices, 1997; Casarella, 2005).

No obstante, las representaciones y discursos que exhiben a las personas con discapacidad como dependientes, pasivas, poco atractivas, asexuadas y dignas de lástima, han llevado a considerar que la sexualidad y la discapacidad son incompatibles, reduciendo las posibilidades de recibir información pues se piensa: “despertará deseos”, “minará su inocencia” o “las pondrá en riesgo”, lo que dificulta el acceso a prácticas sexuales y reproductivas seguras e informadas, con base en prejuicios que las etiquetan como poco útiles, alejadas de los ideales de salud y normalidad indispensables para cumplir dichas funciones y por ende, suelen recibir negativas y críticas cuando expresan sus deseos de ejercer la sexualidad y/o tener descendencia (Morris, 1996).

La falta de propuestas concretas que permitan la incorporación de estos temas en las acciones gubernamentales, son muestra de cómo la mirada tradicional que identifica a este sector como inferior, con mínimas posibilidades de desarrollo y con una vida que sería preferible no vivir, se mantiene vigente y subyace en los discursos de igualdad de derechos que, pese a ser una constante en instancias públicas y privadas que atienden a personas con discapacidad, no operan de la misma manera al abordar temas sobre sexualidad y maternidad los cuales, para muchos profesionales siguen estando enmarcadas por mitos y prejuicios que las colocan como poco relevantes.<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> Esta situación no es exclusiva de México, en países cultural y económicamente más desarrollados también se empiezan a documentar casos que evidencian la violación a los derechos sexuales y reproductivos de este sector con el fin de ofrecer alternativas de solución y asesoría adecuadas; prueba de ello es un estudio realizado en Australia donde se relatan prácticas de esterilización forzada de mujeres jóvenes con discapacidad (WWDA 2001).

En nuestro país, aún cuesta trabajo reconocer que negar u omitir información o servicios sobre salud sexual y reproductiva a personas con discapacidad es un problema que requiere ser atendido. Se considera algo “normal” e incluso deseable, apoyos necesarios con el único fin de “cuidar” el bienestar de las personas y de sus familias, cerrando así la posibilidad de que el mismo sector, principalmente las mujeres, expresen su postura y definan lo que desean al respecto e incluso, cuando llegan a manifestarlo, suelen ser las familias y/o los profesionales de la salud quienes, mediante diversas formas, presionan, determinan y legitiman las acciones a las que se estima pueden o no acceder en materia de sexualidad, en función de sus condiciones particulares.

Tales estrategias, reflejan los mecanismos que se ponen en marcha desde el estado para controlar la reproducción de las y los “anormales”, mismas que tienen sus primeras manifestaciones cuando las niñas y niños e incluso adolescentes manifiestan inquietudes sexuales o cuándo las y los jóvenes o adultos/as solicitan información sobre salud sexual, para prevenir enfermedades, sobre anticonceptivos o durante las primeras etapas del embarazo, pues tanto las familias como el personal especializado son quienes, con mayor frecuencia, utiliza la autoridad que les da el “saber” para influir en sus decisiones sobre sus cuerpos y con este fin, despliegan argumentos que van desde apelar a los riesgos para la vida y la salud de ellas y los productos, hasta sanciones morales alrededor de lo “inaceptable” de traer al mundo a un ser a quien no podrán atender o que a la larga, tendrá que hacerse cargo de su propia madre (Cruz, 2004).

Los mitos más frecuentes en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad van desde el silencio por la idea generalizada de que son seres “angélicos” asexuados, hasta la negación abierta de información por considerarlos/as pervertidos o degenerados al pensar cosas de las que no deberían ocuparse pues, se piensa...

- Son dependientes y más susceptibles a vivir abusos o violencia sexual.
- Son asexuadas/os, seres inocentes, como ángeles y por tanto niñas/os eternas/os a quienes no les interesa esos temas.



- Por su apariencia física y su dependencia son poco atractivas/os y tienen pocas o nulas posibilidades de tener pareja, embarazarse y tener hijos.
- No deben reproducirse para no heredar sus “anomalías”.
- Tendrán dificultades para desempeñar actividades de autocuidado en sus prácticas sexuales, embarazo y de cuidado al nacer los hijos/as.
- Tienen baja autoestima, no saben lo qué es mejor para ellas y menos aún podrán cuidarse o cuidar de otros/as, incluidos sus hijos/as

En suma, se les considera incompletas, enfermas permanentes y se da por hecho su ausencia de deseo, la incapacidad de disfrutar de una relación sexual, de establecer una pareja o de hacerse cargo de un hijo y si se les ocurre expresar su interés, se les critica por degeneradas o irresponsables (Morris 1996). Tal situación, se evidencia en prácticas que refuerzan las limitaciones para acceder a experiencias sexuales y afectivas, por la falta de entornos normalizados, es decir, porque se niega la posibilidad de integrarse a situaciones cotidianas, limitando su vida al contexto familiar o a centros especiales (Casarella, 2005).

Lo anterior, hace necesario ofrecer información y formación sobre sexualidad de acuerdo al tipo y grado de la discapacidad pues, negarla u omitirla les pone en riesgo de enfrentar abusos y para evitarlo, se requiere iniciar cuestionando las conductas de sobreprotección en las familias y en los centros de apoyo pues, aun cuando son actos que suelen tener buenas intenciones, minusvaloran las capacidades de autocuidado y desarrollo del sector, empobreciendo su entorno y restándoles posibilidades de establecer relaciones afectivas. En este sentido, resulta fundamental que las familias ofrezcan espacios y tiempos privados, íntimos para que estas personas puedan acceder a relaciones sociales y afectivas extra-familiares e incluso a conductas sexuales y/o autoeróticas con base en información clara sobre posibilidades y las consecuencias (Duacastella, 2005).

Finalmente una de las barreras más importantes para que este sector puede ejercer su sexualidad en forma plena, segura y sana es la resistencia de la familia,

de los prestadores/as de servicios y de la sociedad de atender el tema, lo que es necesario erradicar a partir del cuestionamiento a los prejuicios sociales y culturales que siguen ubicando a estas personas como pasivas y dependientes, en lugar de considerarlas sujetos de derechos, con capacidad de ejercerlos en todas sus dimensiones.

### **A MANERA DE CONCLUSIÓN: LOS RETOS QUE AUN DEBEMOS ENFRENTAR**

Lo anterior muestra la necesidad de generar un cambio cultural y social de gran alcance, que favorezca una nueva mirada sobre la discapacidad en el marco de los derechos humanos y para lograrlo se requiere que el personal que atiende a estas personas cuente con espacios para la revisión de sus propios prejuicios en torno a la discapacidad y a la sexualidad, sea consciente y reconozca el papel que tiene como prestador de servicios en un espacio de promoción de derechos humanos pues, el desconocimiento de estos procesos puede estar llevándole a tener actitudes y prácticas discriminatorias sin ser consciente de ello. Es decir, ser parte de esta misma sociedad que “discapacita”, a través de la combinación de prejuicios personales y sociales con base en los cuáles, se crean ambientes que dificultan el acceso de menores, adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad a experiencias sexuales y reproductivas más satisfactorias. Para salvar dicha situación y garantizar el acceso universal a los derechos sexuales y reproductivos se requeriría:

- Capacitación constante para prestadores de servicios,
- Estrategias de información apropiada y por medios adecuados en apoyo a la toma de decisiones libre e informada sobre sexualidad y maternidad.
- Acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.
- Servicio integral: atención ginecológica, anticoncepción segura y efectiva, información sobre aborto seguro, atención, pre y post-aborto, atención a la salud materna; prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de in-

fecciones de transmisión sexual de acuerdo a las condiciones y necesidades de cada persona.

Pero sobre todo, es nuestra responsabilidad favorecer una nueva mirada sobre la discapacidad, sin dejar de lado la importancia de comprender nuestros propios alcances y limitaciones en la promoción de los derechos de este sector pues todos y todas jugamos un papel determinante para lograr que el discurso de inclusión y la no discriminación sea más que una consigna en documentos oficiales, sino también una realidad.

## REFERENCIAS

- Casarella, Jorge (2005). “Mejor hablar de ciertas cosas,” en Jaime Tallis (comp.) *Sexualidad y discapacidad*, Madrid, Miño y Dávila, pp. 17-40.
- Castro, Juan (2011). “Señala Claudia Anaya deficiencias en el conteo de población con discapacidad” en *El Sol de Zacatecas*, Zacatecas, 11 de marzo.
- Cervantes, Alejandro (1999) “Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: una propuesta analítica” en Brígida García (coord.) *Mujer, género y población en México*, México, COLMEX, Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 363-404.
- Conapred (2007), *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*, México, Conapred.
- Conapred (2012). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Resultados sobre personas con discapacidad*, México, Conapred.
- Cruz Pérez, Ma. del Pilar (2004b) “Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad” en *Política y Cultura*, México, núm. 22, otoño, pp. 147-160.

De los Ríos, Patricia (1998). "Maternidad y derechos reproductivos", en *Hojas de warmi*, No. 9, Universidad de Barcelona.

Duacastella, Clelia (2005). "Las familias en el desarrollo de la sexualidad de los niños. Puntualizaciones sobre una práctica" en Jaime Tallis (comp.) *Sexualidad y discapacidad*, Madrid, Miño y Dávila, pp. 41-50.

Faur, Eleonor (2003). "¿Escrito en el cuerpo? Género y derechos humanos en la adolescencia" en Susana Checa (comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, Buenos Aires, Paidós.

Garzón Díaz, Karin (2007). "Discapacidad y procesos identitarios" en *Revista Ciencias de la salud*, año/vol. 5, núm. 2, Bogotá, Universidad del Rosario, pp. 86-91.

Hermida-Ayala, Lourdes y Laura Mateos Borregón (2010). "Cuando las deficiencias se convierten en discapacidad" en *Prismasocial. Sociología de la vida cotidiana. Revista de ciencias sociales*, núm. 5, diciembre.

INEGI (2000). *XII Censo General de Población y Vivienda*, Aguascalientes, México, INEGI.

INEGI (2010). *XIII Censo General de Población y Vivienda. Cuestionario ampliado*, Aguascalientes, México, INEGI.

INEGI (2012) *Mujeres y hombres en México*, INEGI, Inmujeres, México.

Jiménez Lara, Antonio (2007). "Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes" en Rafael de Lorenzo, y Luis Cayo Pérez (dirs.), *Tratado sobre discapacidad*, Pamplona, Aranzadi.

Mareño Mauricio y Fernanda Masuero (2010). “La discapacidad del diferente” en *Revista sociológica de pensamiento crítico*, vol. 4, núm. 1, Buenos Aires, pp. 95-105.

Momm, Willi y Robert Ransom (2001). “Discapacidad y trabajo” en *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*, vol. 1, Madrid, Organización Internacional del Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp. 17.2-17.40.

Morris, Jenny (1996). “Mujeres discapacitadas y feminismo”, en Jenny Morris (ed.), *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*, Madrid, Narcea, pp. 17-33.

Oliver, Mike (1998). “¿Una sociedad de la discapacidad o una sociología discapacitada?”, en Len Barton (comp.), *Discapacidad y sociedad*. Madrid, Morata, pp. 34-58.

OMS (1990). *Normas uniformes para la igualdad de oportunidades*, Ginebra

ONU (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*, Beijing, disponible en <http://ww.isdemu.gob.sv/documentos/Legislacion%20Internacional/BEIJING.pdf>

ONU, (2010). *Principios y Recomendaciones para los Censos de Población y Habitación. Revisión 2*, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Estadística, Nueva York, ONU.

Palacios, Agustina (2004). *La discapacidad frente al poder de la normalidad. Una aproximación desde tres modelos teóricos*, Tesina dirigida por el Prof. Rafael de Asís Roig, Madrid, Universidad Carlos III de Madrid, Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas.

Palacios, Agustina y Maria Walls (2008). "Changing the Paradigm - the Potential impact of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities", en *Irish Yearbook of International Law*, vol. 1, pp. 121-165.

Sánchez, Katia y César Barrios (1992). *Estudio psicosocial del autoconcepto en mujeres con incapacidades de tipo físico-locomotor*, Lima, AMIDEP.

Sanjosé Gil, Amparo (2007). "El primer tratado de derechos humanos del siglo XXI: la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad" en *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, núm. 13, pp. 1-26.

Shakespeare, Tom (1998). "Poder y prejuicio: los temas de género, sexualidad y discapacidad" en Len Barton (comp.), *Discapacidad y sociedad*. Madrid, Morata, pp. 205-229.

Velásquez L, Rita (2004). "El tema de discapacidad y la generación de información estadística en México", ponencia presentada en el *Seminario Regional Estadísticas sobre personas con discapacidad*, Managua Nicaragua, Banco Interamericano de Desarrollo, del 30 de agosto al 1 de Septiembre.

WWDA (2001). *Esterilización y salud reproductiva de mujeres y jóvenes con discapacidad*, Sydney, Women With Disabilities.

## Derechos sexuales y reproductivos LGBTI

.....  
Gloria Careaga Pérez\*

**A**bordar los derechos sexuales y reproductivos de un sector de la población que recién tiene un reconocimiento social contribuye a aceptar que la diversidad sexual es parte de la expresión humana. Sin embargo, es un proceso social largo, nada fácil, si consideramos los años que han transcurrido con el estigma y las falsas ideas. Si bien, las reformas legales han abierto las puertas a una presencia y expresión cada vez más libre que ha dado lugar a constituir a lesbianas, gays y personas trans como parte del panorama cotidiano social, no para toda la población resulta sencillo.

Su presencia incluso se extiende cada vez más por las distintas áreas de la ciudad. Esta presencia nos reta a pensar de una manera distinta, más cuando estamos dentro de un marco de derechos humanos. En una institución como esta, dedicada a la justicia es un desafío mucho más grande debido al sentimiento de

---

\* Coordinadora del Área de Estudios en Sexualidad del Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México.

obligación de aceptar algo que tradicionalmente había sido estigmatizado y condenado.

Si revisamos la *Historia de la sexualidad* de Michael Foucault, podemos ver cómo la sexualidad, y la homosexualidad particularmente, ha pasado del pecado a la enfermedad y luego al crimen. Lo que me parece interesante es que a pesar de ese trayecto histórico estos tres elementos permanecen aún en el imaginario social. Todavía hay personas que piensan que la homosexualidad es pecado, otras tienen miedo al contagio de la homosexualidad, parece ridículo, pero este pensamiento es muy común. Si miramos las encuestas del CONAPRED, nos damos cuenta de que la gente dice “sí, pero de lejos” en cuanto a la homosexualidad. Hay personas que la aceptan o dicen tolerarla, pero desde cierta distancia, por eso también podemos escuchar frases como “sí, pero que no se metan conmigo”, ¿qué quiere decir esto?

El tema que nos convoca hoy se refiere a los derechos sexuales y reproductivos; este aspecto ha dado lugar a un debate permanente en nuestra ciudad; no sé hasta dónde alcanza la legislación nacional, pero desde 2009, año en que se aprobó el matrimonio igualitario, ha sido un tema de discusión asiduo que no ha logrado llevarlo a su aprobación nacional. Es decir, tenemos un conjunto de elementos que no hemos resuelto.

La lucha por los derechos sexuales y reproductivos ha sido uno de los ejes más importantes de la lucha feminista a nivel global. Los principios de la libre decisión sobre el cuerpo y el derecho a decidir sobre su reproducción han ocupado el centro de atención de la mayoría de las organizaciones feministas de nuestro país y de la región latinoamericana. Inicialmente su objeto se centró en el acceso libre a los anticonceptivos, incluyendo el aborto, pero a partir de la instalación de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1974 con la definición de metas demográficas duras bajo una óptica Malthusiana, al mismo tiempo que ofreció múltiples recursos anticonceptivos impuso sobre los cuerpos de las mujeres fuertes medidas para el control de la natalidad.



Pronto se documentó una gran cantidad de violaciones al derecho reproductivo en los cuerpos de las mujeres de distintos sectores, muchas veces intencionalmente seleccionados. Había que acabar con la posibilidad de continuar construyendo familias amplias con el pretexto de mitigar la pobreza y garantizar la alimentación mundial. Metas muy lejos de las claras intenciones de frenar la migración que todavía hoy están presentes y que adquieren cada vez condiciones más dramáticas. Es decir, toda la argumentación real que se dio en la década de los años 70 acerca de las razones para reducir la familia, esta frase de “la familia pequeña vive mejor”, no ha sido muy efectiva, pues vemos que los índices de pobreza continúan avanzando, a pesar de que hoy en el imaginario social muy difícilmente una familia puede estar pensando en cuatro hijos, cuando hace cuarenta años existían familias de más de doce integrantes y el promedio era de siete hijos. En cuarenta años dimos un vuelco que el día de hoy nos lleva a configurar a las familias con dos hijos; a las parejas que tienen tres se le mira raro, y a quien piensa en un cuarto ya se le considera loco. Tratemos de pensar en cómo se logró este cambio paradigmático para que hoy, incluso en las clases de la universidad, un tercio de las y los estudiantes hablen de no tener hijos; es algo totalmente nuevo en nuestro país.

Los estudios sobre la familia en México no han ocupado el centro de atención; me parece que con estos cambios tan acelerados que hemos tenido deberíamos hacernos al menos algunas preguntas, por ejemplo, ¿cómo se vive ahora en esas familias de dos hijos en una ciudad como ésta?, ¿cómo se vive en una ciudad donde todavía algunas madres y abuelas añoramos la *gran familia mexicana*? Los jóvenes de hoy dicen “ay, con la familia otra vez” cuando nosotros lo que queremos es ir a comer con la familia los domingos, participar de las actividades en conjunto; hay una contradicción en todo esto y hay que estar mediando ante estas dos concepciones. Me parece que es un tema digno de investigación, ¿qué es lo que está pasando con estos procesos? ¿Y cuáles han sido las consecuencias de redefinición familiar en nuestra sociedad?

Si bien la lucha feminista contempló las medidas impuestas a mujeres de las capas más desprotegidas —rurales e indígenas— la mirada de la protección no ha sido lo suficientemente amplia para comprender a toda la población. Esto es,

las feministas han estado muy ocupadas por la anticoncepción, por el derecho a decidir, sin embargo, la misma mirada feminista no siempre abarca a todas las mujeres. Hay sectores muy importantes que reclaman por no ser considerados en estas discusiones.

Al interior del movimiento LGBT, las mujeres lesbianas principalmente iniciaron una lucha por el reconocimiento de su derecho a mantener la custodia de los hijos procreados en una unión conyugal heterosexual previa a la decisión de entablar una relación lésbica. Esta decisión en muchas ocasiones enfrentó el estigma y prejuicio no solo de sus ex-parejas, sino también de muchas autoridades del ámbito judicial, e incluso en ocasiones de sus propias familias. El estigma de la perversión asociado a las prácticas homosexuales, la poca información sobre sexualidad y su amplia expresión colocó a muchas mujeres en una condición no solo de indefensión sino incluso de descrédito social.

Aun así, en 1994, gracias a la detallada documentación de casos de imposición de métodos anticonceptivos ofrecidos principalmente por el movimiento feminista latinoamericano se logró acuñar el término de derechos reproductivos en un acuerdo internacional.

Así, fue que en el Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en su párrafo 7.3 se estableció que los derechos reproductivos *se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.* Ahí mismo reconoce que *la salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad y las prácticas sociales discriminatorias.* En esta instalación de los derechos reproductivos, se señala cómo la discriminación juega un papel muy importante para no garantizar el ejercicio

de los derechos reproductivos. Otro elemento que está relacionado con el reconocimiento de los derechos sexuales es la aceptación de la carencia de información sobre sexualidad. La sexualidad es un secreto social porque a pesar de su práctica cotidiana y aunque hablamos mucho de ello, consideramos que es un tema íntimo del que no se puede hablar en cualquier parte ni con todo el mundo. Pero sobretodo que es un aspecto lejos del análisis social.

El reconocimiento de los derechos sexuales, ha sido mucho más difícil. En las discusiones intergubernamentales se asociaron directamente con la homosexualidad y prácticamente no hubo posibilidad de introducirlos en la discusión del 94. No fue sino hasta la IV Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en China en 1995 que se logró introducir una larga y profunda discusión sobre sus significados y la necesidad de su protección, a pesar de la relevancia que habían adquirido en el Tribunal de Derechos Humanos de las Mujeres,<sup>64</sup> celebrado en Viena con motivo de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en 1993.

Las discusiones sobre sexualidad celebradas durante la IV Conferencia Mundial de la Mujer marcan un hito histórico. El logro de instalar dos grupos de trabajo —derechos sexuales y orientación sexual— que sesionaron por cuatro días seguidos para tratar de comprender sus significados y aplicaciones en la política internacional aportaron importantes resultados. En los objetivos estratégicos y medidas de la Plataforma de Acción de Beijing en su párrafo 96 señala que *los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad... 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.* Y podría afirmar que a partir de esa Conferencia se abrieron las puertas para una mayor discusión en torno a la sexualidad en los distintos espacios interguberna-

---

<sup>64</sup> Organizado por el Centro de Liderazgo para las Mujeres.

mentales. De hecho en 1998 en una Conferencia Regional de América Latina y El Caribe se aprobó el término derechos sexuales que no se ha conseguido a nivel internacional. Y no sólo se ha incorporado cotidianamente la orientación sexual en las discusiones del Consejo de Derechos Humanos, sino que forma parte ya de más de tres de Declaraciones que han alcanzado a la Asamblea General y algunos acuerdos. Incluso en años recientes se ha buscado la inclusión de la identidad y las expresiones de género.

Las limitantes al ejercicio pleno de los derechos para las personas LGBTI ha sido producto de la ignorancia y los prejuicios. Principalmente producto de falsas interpretaciones sobre la sexualidad y sus derivaciones, como los esteretipos con que se ha calificado a las personas que claramente ejercen una sexualidad centrada en el placer.

La idea impuesta de que el fin de la sexualidad es la reproducción ha tenido graves consecuencias, no sólo para aquellas prácticas orientadas al placer y para quienes las ejercen, sino también para el ejercicio pleno de la sexualidad de toda la población. Es decir, la vergüenza, el secreto, los mitos que hay alrededor de la sexualidad tienen que ver con el castigo al placer, con la concepción de que la sexualidad legítima es aquella relacionada a la reproducción.

¿Quiénes son las personas más discriminadas por su sexualidad?, ¿qué prácticas son desacreditadas o señaladas? Aquí es donde ubicamos el punto más importante; todos practicamos la sexualidad por placer, entonces, aquí hay un doble discurso, y necesitamos de la justificación reproductiva para legitimar. El fin de la sexualidad es el placer, y en ocasiones se pueden presentar embarazos, sin embargo, la mayoría de las prácticas sexuales lo evita. En ese sentido, es una argumentación hipócrita porque todos buscamos el placer, puede ser por medio de la masturbación, o de distintas formas de intercambio sexual, etc. Pero fácilmente podemos identificar cómo aquellas prácticas que no tendrían que ver con la reproducción son marginadas y señaladas. Incluso las prácticas de las y los jóvenes fuera del matrimonio, pues se supone que su práctica no tiene que ver con la reproducción.

Cuando tratamos de comprender qué pasa con la sexualidad en nuestra sociedad, necesariamente habremos de revisar la educación sexual que se ha impartido. En México ésta está fundada en la idea de la reproducción, es claro que a las y los jóvenes no les sirve para nada, no tiene que ver con sus necesidades e inquietudes. La supuesta educación sexual se dirige solo a evitar el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, es decir, está enfocada a lo genital, y después nos asustamos porque tienen coito. Yo podría decir que la educación sexual actual es una inducción al coito porque se centra en los genitales y los órganos reproductivos, no se habla de otra cosa, así que creo que hay otras preguntas que tendríamos que hacer.

## DERECHOS REPRODUCTIVOS LGBTI

El reconocimiento del derecho a casarse y formar una familia está afirmado claramente desde la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948,<sup>65</sup> no es un privilegio para las personas heterosexuales, sino para todas las personas. Sin embargo, los estigmas morales impuestos a otras identidades sexuales ha limitado su acceso a este derecho. En México, afortunadamente, la decisión de la Suprema Corte de Justicia, para la universalización del derecho al matrimonio a todo el país ha abierto posibilidades para todas las parejas, aunque en algunos Estados todavía han de salvar distintos obstáculos.

Igualmente el derecho a formar una familia enfrenta todavía hoy prejuicios y temores. Las posibilidades de adopción, que en general no han sido ágiles y fáciles para toda la población, enfrentan obstáculos específicos para las personas LGBTI. Los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para las personas LGBTI son sumamente restrictivos, muchas veces catalogados como homofóbicos, pero tal vez en su mayoría producto de la falta de conocimiento y entrenamiento profesional para una atención adecuada. Aún así, no hay una

---

<sup>65</sup> **Artículo 16.** Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

intención clara para incorporar a la sexualidad y sus distintas representaciones en la formación de los profesionales de la salud.

Creo que la homofobia no está tan extendida en nuestro país, más bien tenemos una falta de conocimiento, lo que mencioné al inicio de esta plática. Muchos de nosotros no sabemos cómo lidiar con esta presencia ni cómo manejarnos frente a las expresiones homosexuales o a la presencia de las personas transexuales, no es que los queramos matar o que no existan o que nos den miedo, simplemente no sabemos qué hacer ante esto. Encuentro que los servicios de salud también están condicionados por esta situación, no hay un entrenamiento profesional. La sexualidad no es un tema de discusión en el país, son raras las universidades que tienen estudios sobre sexualidad. Nosotros que tenemos una agrupación invitamos a profesores de distintas universidades de todo el país y no llegamos a cincuenta personas trabajando sobre el tema. Entre los estudiantes hay mucha inquietud, y existen muchos trabajos de tesis que precisamente dirigen estos profesores, aun así, es muy pobre el trabajo de sexualidad.

Hoy día, desde el Senado mismo se propone impulsar una medida que criminaliza la posibilidad de la maternidad subrogada, como medida para *proteger* a quienes ofrecen este servicio. Iniciativa que dejar ver lo lejos que en nuestro país estamos para comprender y mucho más de atender las necesidades específicas de este sector en este campo.

Igualmente, las argumentaciones que se levantan para condenar la posibilidad de formación de familias LGBTI, alegando la protección infantil dejan ver los prejuicios morales impuestos, pero también la revictimización de que son objeto al responsabilizarles de la discriminación que las y los menores pueden enfrentar en los espacios sociales, el argumento entonces es “que no tengan hijos porque esos niños van a sufrir discriminación” antes de asumir la responsabilidad estatal de romper con la estructura discriminatoria predominante en nuestro país. Necesitamos dejar conductas discriminatorias, racistas, sexistas y homofóbicas.

Por el contrario, la experiencia reproductiva de las personas LGBTI, precisamente al tener una vida sexual no necesariamente mediada por la reproducción, podría ofrecer un modelo para la toma de decisiones en la planificación familiar que tanto se ha buscado. Este modelo no solo ofrece elementos para la decisión de embarazo, sino todo un proyecto de crianza que habría que analizar con mayor detalle. Es decir, puede coadyuvar en los temas de planificación y embarazo adolescente que enfrentamos. Deberíamos estudiar y contemplar a detalle qué pasa con el proceso reproductivo de las personas LGBTI, esto es, como su sexualidad no está mediada por la reproducción la decisión de procrear exige toda una discusión, ponerse de acuerdo, revisar cuándo es el momento oportuno, cuál es el ingreso monetario, la distribución de las responsabilidades, el modelo de educación que se quiere para los hijos; existe realmente una planificación, es impresionante todo los aspectos que contemplan en términos de la decisión reproductiva, lo que se esperaría de las personas heterosexuales. El marco discriminatorio exige a las parejas homosexuales pensar claramente por dónde guiarán a sus hijos y cuál es el modelo de crianza que quieren. Pocas parejas heterosexuales tienen esa oportunidad. Los resultados de investigación de distintos países dejan ver que los resultados de estos procesos en general son muy positivos. Mejor planificación, más tiempo compartido, mayor desarrollo.

## DERECHOS SEXUALES

La sexualidad podríamos decir que es la piedra angular de la definición correcta o no<sup>66</sup> de las personas LGBTI. Como antes señalé las personas LGBTI enfrentan y comparten el prejuicio por su práctica sexual, en este caso la homosexual. La sexualidad ha recibido una carga moral tan fuerte que las personas que son discriminadas por su sexualidad en su definición enfrentan una sobrerrepresentación de la misma. Es decir, su definición sexual desprovee de todas las otras

---

<sup>66</sup> Socialmente se asume que las personas LGBTI pertenecen todas a una definición por su orientación sexual, sin hacer la distinción entre sexo y género. Sólo las personas LGB están definidas por su sexualidad; las personas TI enfrentan una definición de género. Por supuesto, como entre toda la población, estas dos dimensiones sexo-género aparecen en una íntima intersección.

dimensiones y características para convertirse en un sujeto sexual. Así sus capacidades y cualidades no son reconocidas, al señalarle eminente como inmoral se les desacredita de la posibilidad de cualquier función o papel digno. Y contrario a lo afirmado en el derecho a la sexualidad, enfrentan cotidianamente la coerción, la discriminación y la violencia.

Esta condición afecta su desarrollo todo. La discriminación y violencia inicia muchas veces en el sistema escolar, pero incluso en el seno familiar. El estereotipo que hemos construido afecta su acceso a la educación, a la salud, al trabajo, en fin a recibir los apoyos sociales para un adecuado y pleno desarrollo, así como, en muchos casos a recibir los beneficios sociales que disfruta la mayoría de la ciudadanía.

Incluso, la población LGBTI no está exenta de cargar con las valoraciones sociales de su condición sobre sí mismos. Lo que han llamado homofobia internalizada, es un lastre que marca la vida, dificultando la propia valoración y aceptación, lo que ocasiona importantes vacíos en la construcción de la propia personalidad e identidad, y da lugar a trastornos psicológicos asociados a la depresión que lleva incluso a cometer suicidio.

Es decir, el castigo social por experimentar deseos hacia personas del mismo sexo, se revierte sobre la misma persona, y no podemos negar la coerción y violencia que esto implica y sus consecuencias, sobre todo en las primeras etapas de la vida sin el apoyo familiar. Igualmente, la no conformidad con el sexo asignado en una sociedad donde el pensamiento binario nos impide reconocer la diversidad social, donde lo masculino continúa siendo un valor social, dificulta de manera importante la construcción identitaria de las personas trans, especialmente las mujeres trans.

Incluso, la no conformidad de género aparece a una edad más temprana —2 o 3 años de edad— que la orientación sexual en la pubertad. Lo que coloca a las personas trans en una mayor vulnerabilidad para el desarrollo general. La presión social que enfrentan en la escuela y en la familia resulta intolerable y muchas abandonan a una edad temprana. Sufren además la errónea calificación de



homosexual cuando no tienen los elementos propios para comprenderlo que agrava su condición moral. A una criatura se le identifica como homosexual antes de los diez años, cuando su deseo sexual no necesariamente ha aparecido y no tiene claridad respecto de lo que está pasando, eso le genera mucho más estrés y confusión.

La epidemia del VIH-SIDA, vino a incrementar el prejuicio y estereotipos sobre la población LGBTI y muchas veces todavía enfrentan también el estigma con que se ha cargado a quienes la portan. La atención a la salud de las personas trans es un desafío que recién se está considerando, las tasas de morbi-mortalidad tan altas que presentan exigen de una especial y urgente atención. Todavía en nuestro país las personas transexuales tienen una expectativa de vida de cuarenta y cinco años, a diferencia de la población heterosexual.

La sexualidad de las personas LGBTI no ofrece necesariamente opciones importantes, en general pareciera que se reproduce la idea imperante centrada en lo genital. Comparten en mucho las confusiones sociales alrededor de la sexualidad, a excepción probablemente de las personas trans que ofrecen otros elementos para su problematización, pero que hasta hoy son muy pocos quienes han tenido interés por su indagación.

La condición de las personas intersexuales en nuestro país aun está por develarse. Las cifras e información internacional es la que guía algunas hipótesis, pero es una población no reconocida y oculta que recién empieza a mostrarse, pero que sin duda habrá de desestabilizar también la formación de profesionales de salud si queremos proteger sus derechos.

## CONCLUSIONES

Los derechos sexuales y reproductivos de las personas LGBTI han representado un importante desafío para los servicios de atención como para su protección en nuestro país. Las reformas legales alcanzadas en la Ciudad de México y las decisiones de la Suprema Corte de Justicia han abierto importantes discusiones

que pareciera cada día van cobrando fuerza para el interés de las instituciones, pero sobretodo para la respuesta a la larga demanda del movimiento LGBT en nuestro país. No obstante, la adecuada atención de este sector implica cambios sociales y culturales amplios que involucran y benefician a toda la población.

Los análisis de género sin duda son una importante herramienta para una mejor comprensión de estas conformaciones y expresiones. Pero tal vez se hace necesario sobretodo problematizar la concepción predominante, precaria y limitada sobre la sexualidad. En ese sentido, se hace necesario apoyar el desarrollo de mayor investigación en este campo para contar con información propia y precisa sobre sus manifestaciones y aportaciones, para un adecuado impacto en el sistema educativo y en las definiciones culturales de estas expresiones en nuestro país.

## REFERENCIAS

UNFPA (1994) Programa de Acción. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto. Naciones Unidas. [http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA\\_sp.pdf](http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA_sp.pdf) revisado el 19 de octubre de 2015.

ONU (1995) Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. IV Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, China. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf> revisado el 16 de Octubre de 2015.

## Violencia de género y salud de las mujeres

.....  
Aurora del Río Zolezzi\*

**V**iolencia contra las mujeres: ¿una carga para la salud pública? Comienzo el presente estudio con una interrogante, ya que en este tema (sobre todo en el campo de la salud pública y también fuera de él), los médicos —particularmente— y otros profesionales de este ámbito han cuestionado si la violencia contra las mujeres de verdad genera efectos sobre la salud, si es un asunto que le corresponde al sistema de salud atender, si en realidad no es un tema sólo de procuración de justicia o sólo de solución de conflictos civiles entre personas que tienen alguna relación formal o de hecho; por ello, principio con esta frase entre signos de interrogación para resolver contundentemente esa pregunta.

---

\* Directora General Adjunta de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. Médica cirujana por la Universidad Nacional Autónoma de México, especialista en Estadística Aplicada a la Salud y maestra en Ciencias de la Salud en Epidemiología por el Instituto Nacional de Salud Pública y la Escuela de Salud Pública de México.

La definición de la violencia de género, según las Naciones Unidas, es: “Todo acto que resulta, o puede resultar, en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o las privaciones arbitrarias de la libertad en la vida pública como en la privada”, lo importante de ella es que se trata de actos que resultan, de manera evidente, en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, y es aquí donde comienzan las cuestiones que no son tan evidentes.

Para quienes trabajamos en los sistemas de salud, la forma más evidente de violencia es cuando hay daño físico, pues si como médicos recibimos a una persona herida del abdomen, con fracturas, moretones en la cara, sabremos que fue de víctima de la violencia (aunque aún hay quienes pese a esas evidencias, pueden decir que una mujer se hizo ese daño al “tropezar con una puerta”); sin embargo, cuando el asunto resulta en sufrimiento psicológico, ya no es algo visible, evidente, y que resulte de un hecho de violencia, pero se complica aún más pues incluye las amenazas de los actos, no sólo existen golpes.

¿Cuáles son las privaciones arbitrarias de la libertad en una sociedad en la que la libertad de las mujeres está supeditada a las autorizaciones de alguien más, desde que son menores y posteriormente cuando son adultas, con sus parejas, maridos, cónyuges o convivientes? Siguiendo con la definición de las Naciones Unidas, nos dice que todo lo anterior puede ocurrir en la vida pública o en la privada. No sólo es el personal de la salud, sino el personal de muchas áreas del conocimiento en muchas profesiones, quienes tienen una particular resistencia a abordar lo que ocurre en la vida privada. El principal instrumento que tenemos en México para prevenir, atender y sancionar la violencia contra las mujeres es la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, si se analiza la redacción, se cae en cuenta de que es muy parecida a la de las Naciones Unidas, pues se desprende de los tratados internacionales que México firmó desde antes de que existiera la Ley y, en una congruencia mínima, tenía que alinearse. Entre las concordancias, hace algunas menciones de cuestiones patrimoniales o económicas y expresa que hay situaciones que pueden llevar a la muerte.

Lo que debe destacarse es que la violencia genera formas de ejercicio del poder de una sociedad que legitima el uso de la fuerza de los más poderosos -cualquiera que sea éste su poder- sobre los más débiles. Ello es particularmente importante, pues cuando uno trabaja en el tema de la violencia, se debe entender que todas las violencias están emparentadas, que tienen líneas de comunicación. A finales de la década de 1960, principios de 1970, algunos recordarán que había obras de arte plásticas, realizadas con hilos de colores entrecruzados unos con otros y si se jalaba un hilo, toda la figura modificaba su forma, cuando pienso en la violencia y en el hecho de que todas están relacionadas, vienen a mi mente esas figuras, pues me dan una idea de cómo analizar los fenómenos de la violencia socialmente, todas están amarradas unas con otras: cuando un conflicto se sale de control en algún lugar, éste modificará lo que esté a su alrededor; por ejemplo, la violencia que sufren los varones en el ámbito laboral, en la calle, en el barrio o con la autoridad está conectada con la violencia que ocurre con su pareja, a su vez, ésta con los menores, o los adultos mayores, etc., al final todas están conectadas.

Lo anterior es muy importante, pues, aunque es preciso reconocer responsabilidades de quienes son los agresores, debemos entender que esas personas, en otros contextos sociales, pueden ser receptores de violencia. En el sector salud, para nosotros es particularmente útil, porque hace muchos años, cuando comenzamos a trabajar en el tema, nos decía un pediatra muy famoso, laureado internacionalmente, que cómo era posible que nos dedicáramos a defender a las mujeres de la violencia que “supuestamente” recibían por parte de sus parejas cuando ellas eran las principales agresoras de los niños que estaban a su cuidado, aspecto que es real, las mujeres son las principales perpetradoras de violencia contra los menores, de la misma forma en que los hombres son los principales perpetradores de violencia en contra de aquéllas, o como las personas sanas son los principales perpetradores de violencia contra las personas que viven con alguna discapacidad o adultos mayores. ¿Por qué? Porque la violencia, al final, refleja la legitimación del abuso de la fuerza en nuestra cultura.

Otro aspecto importante a saber, es que prácticamente detrás de todos los eventos de violencia hay experiencias de frustración que no somos capaces de ma-

nejar, por lo que descargamos esa frustración con el menos empoderado que sea más cercano, lo cual no lo justifica, simplemente lo describe. En el caso particular de las mujeres, la violencia empieza desde la niñez, desde el infanticidio de niñas o los abortos selectivos, ahora que existe la capacidad de identificar tempranamente en la gestación si se trata de una niña o un varón (aunque en México es poco frecuente esa práctica, existen sociedades donde sí es común, como India o China); el descuido y la desnutrición de las niñas mujeres, el orden alimentario de las familias donde -sean escasos o no los alimentos (acentuándose en el caso de ser escasos)- se beneficia a los hombres en edad productiva, después a los niños varones, posteriormente a las niñas mujeres, seguidas de las mujeres adultas y al final a las mujeres ancianas, por lo que a estas dos últimas les tocan los alimentos de peor calidad; aspecto que bien puede relacionarse con la epidemia de obesidad que afecta más a las mujeres.

Posteriormente, encontramos el abuso sexual en la familia, en el trabajo, en la escuela, en el noviazgo, es decir, a lo largo de toda la vida y en todos los ámbitos. Debe tomarse en cuenta que este fenómeno no sólo se da entre los jóvenes, hay historias incluso de adultas mayores que han sido objeto de abuso sexual y feminicidios; el acoso sexual, la trata de niñas y jóvenes para la explotación sexual, pero también laboral, en México no se reconoce la figura de trata laboral como una forma de esclavitud, pues nos resulta culturalmente invisible, por ejemplo, las niñas de comunidades urbanas o rurales pobres pueden tener una madrina (ya sea de bautizo o primera comunión) e irse a vivir con ella, porque la familia la “ofrece” con la condición de que vaya a la escuela, sea alimentada y cuidada, a cambio de lo cual deberá ayudar a su madrina con las tareas domésticas, pero claro que no recibirá ninguna remuneración por ese trabajo, porque tiene el “privilegio de vivir con su madrina”; por más “romántica” que sea la relación, es una forma de explotación laboral, porque al poco tiempo se acaba la escuela y el trabajo no terminará nunca.

Se encuentra también el matrimonio forzado o la venta de niñas con fines matrimoniales, que se conoce también como un “intercambio” de regalos entre familias, “usos y costumbres”, el caso es que una niña vive con un señor que es 20 años más grande que ella y acaba por ser su pareja.

En la vida adulta, por ejemplo, encontramos manifestaciones de violencia, a través de la violencia emocional, física, patrimonial, el sexo forzado dentro y fuera de la pareja, la violencia obstétrica (ahora de moda), el hostigamiento y acoso sexual en el trabajo y, eventualmente, la violencia en situaciones de conflicto de guerra —aunque pensemos que en México no hay guerra, nos damos cuenta de que en estados como Guerrero o Veracruz hay zonas de conflicto en las que los bandos del crimen organizado, que ejercen violencia contra las mujeres como una forma de dejar claro quién fue el vencedor, es bien conocido en los conflictos armados que las mujeres de la fracción perdedora son violadas por el bando vencedor, son parte del “botín de guerra”—.

Cuando hablamos de violencia contra las mujeres, ¿cuál es el marco de actuación? Por un lado, se encuentra la violencia de género; por otro, las formas de la violencia familiar, y hay traslapes entre ellas. La forma de violencia que mejor conocemos, pero que no es la única, es la de pareja. En general, escuchamos hablar del ciclo de la violencia, no me gusta este término porque da la idea de que todo se queda en el mismo nivel, y que solamente se le da vueltas a ese asunto; sin embargo, creo que de lo que hablamos es de una espiral de violencia, porque este proceso que sí es reiterativo en las fases va aumentando en severidad, va escalando, nunca se queda en el mismo nivel. Al inicio de la violencia en la pareja, sobre todo en el noviazgo, lo que más la caracteriza es el control y la violencia psicológica, aunque puede llegar a haber violencia física, desde la continua pregunta de: “¿dónde estás?”, “¿a qué hora vuelves?”, etc., y en estos tiempos con mayor razón debido al extendido uso del celular al que vivimos encadenados. La violencia psicológica se expresa de otras formas también: “mira nada más qué gorda estás, ¿quién te va a querer así?”, “¿Así vas a salir? En mi pueblo dirían que pareces una ‘güila’”, “despíntate la cara, pareces payaso”, todo eso tiene como finalidad minar la autoestima de la pareja.

Al principio de una unión, lo que ocurre es que aparecen otras cosas, como el aislamiento, el cual es un signo muy importante que la mayoría de las veces pasa desapercibido por el entorno de las mujeres jóvenes. Imaginemos que la luna de miel dura tres semanas y la recién casada, después de un mes no sale con sus amigas, no va a ver a su mamá, no ve a su familia en general, algo está

mal, y si el periodo se alarga y el aislamiento se profundiza conforme pasa el tiempo, hay peligro, porque lo que en realidad sucede es que se está ejerciendo una estrategia de aislamiento (en todos los sentidos: de las redes sociales, de las personas que para ella representan apoyo moral, posibilidad de ayuda, recursos de conversación y contrastación de lo que está viviendo), por supuesto violencia psicológica, control económico de los recursos del hogar y hasta de los recursos propios, y aparece también la violencia física inicial (un empujón, una bofetada, casi siempre sin mayores consecuencias en términos de lesiones que tardan en sanar más de quince días —porque legalmente sólo son relevantes si tardan en sanar más de quince días—). Posteriormente, en la etapa reproductiva aparece más violencia psicológica, la violencia física se agrava, con frecuencia aparece la violencia sexual, el abandono, la violencia económica, etc., todas ellas de menor a mayor intensidad y severidad. Si no se interviene en alguno de estos momentos, puede llegar hasta el suicidio de la mujer, el feminicidio por parte del agresor o el homicidio del agresor por parte de la víctima. Estas historias terminan así: con uno de los cónyuges asesinados y el otro en la cárcel. Son historias terribles que pudieron haberse arreglado si alguien hubiera intervenido en alguna de las etapas.

Una estadística, no tan reciente, expresa que entre el 7 y el 17% de los asesinatos a mujeres, el presunto responsable es un familiar, y aunque se piense que “no es tanto”, debemos considerar que se trata sólo de los casos documentados. La primera diferencia es que los hombres mueren por homicidio a manos de otros hombres; las mujeres, por otro lado, mueren a manos de los hombres. Sí, es cierto que el riesgo de ser asesinado es mayor para los hombres, generalmente, estos homicidios resultan de incidentes de violencia muy severa, y son casi aleatorios; en la mayoría de los casos, suceden entre hombres que no se conocen entre sí, es decir, que no tienen una relación larga, son raros los homicidios en donde un hombre es asesinado por su propio primo o donde un hombre mata a su jefe.

Los eventos de violencia entre varones que terminan en un homicidio son eventos en los cuales se presenta un conflicto prácticamente instantáneo, como puede ser un robo, un evento de tránsito o una disputa en alguna reunión social, un



baile o una borrachera en una cantina. La nota roja, está plagada de este tipo de eventos: “saliendo de un restaurante en Polanco el señor tal, a las dos de la mañana, en la banqueta se hizo de palabras con otro señor, se pelearon, se hicieron de golpes y éste último sacó una 9mm, le dio tres balazos y se fue”. Ni siquiera se conocían, tuvieron la mala fortuna de ponerse borrachos en el mismo lugar. Esto no quiere decir que esa violencia es inevitable, es absolutamente ridículo que uno se haga de palabras con otra persona y se líe a golpes con otro individuo que no conoce. Otro incidente parecido hace referencia a una joven promesa del futbol mexicano que formaba parte de las fuerzas básicas del equipo Universidad. Salió de su lugar de entrenamiento por Ciudad Universitaria, por donde se encuentra ubicada la tienda de la UNAM; iba con un amigo que también juega en Pumas, y estaba estrenando su carro nuevo. Salieron a la avenida y, de pronto, se les atravesó un taxista y se les cerró, entonces, el amigo le dijo: “alcánzalo, si quiera miéntale la madre”. Así pues, el otro, respondiendo al llamado de su masculinidad bien conformada, metió la segunda, rebasó por la izquierda, alcanzó al taxista, se le cerró, lo arrinconó de manera que no pudiera seguir circulando, se bajó y le dijo: “qué te traes güey” y el taxista se bajó también, pero traía la 38 reglamentaria, le soltó dos plomazos, se subió a su carro y se fue. La promesa del futbol mexicano nunca llegó al Real Madrid. ¿No es absurdo? Lo es, pero eso es lo que forjamos con la construcción de su masculinidad.

¿Qué hacemos las mujeres cuando nos pasa algo similar? Vamos en nuestro carrito, con nuestra mejor amiga, y, de repente, se nos atraviesa un taxista, ¿qué hacemos? Lo que sucede es que le decimos de todo sin que nos oiga: “que vaya y se mate solo”, y ahí quedó el incidente.

Los homicidios de mujeres, por otra parte, son el final de relaciones violentas que transcurren durante diez, quince, veinte o treinta años, y son realizados, casi siempre, por alguien que es parte de su familia, la mayoría de las veces ese familiar es su pareja. Sin embargo, también hay de otro tipo; están los secuestrados de menores que son violentadas sexualmente y, posteriormente, asesinadas por desconocidos; pero la mayor parte son historias de violencia de muy larga duración.

Una de las diferencias entre la violencia que viven las mujeres y la violencia que viven los hombres es que la que padecen las mujeres generalmente responde a relaciones crónicamente violentas de larga duración. Por eso, los daños a la salud, resultado de violencia contra las mujeres, se reflejan en este sentido. Después veremos cómo es esto.

¿Cuáles son las defunciones violentas en el sector de mujeres embarazadas? Hay muchos accidentes, aunque no sé si “accidente por arma de fuego” es realmente un accidente, tendríamos que averiguar: “estaba limpiando la pistola justo en frente de mi mujer, pero se disparó solita, señor fiscal, yo se lo juro”. Asimismo, existen otras razones, como el suicidio, el homicidio y las lesiones de intención no determinadas en mujeres embarazadas.

Si vemos los casos atendidos por violencia en las diferentes unidades de salud, según la edad y el sexo de las personas, en este caso, la estadística se invierte. Los asuntos no letales son más asiduos en el caso de las mujeres: 18 600 contra 2 500 en 2010; 20 000 contra 2 800 en varones en 2011. Si vemos el parentesco con el agresor, podemos observar que los varones que reportan violencia familiar son agredidos por otro pariente, mientras que en el caso de las mujeres el agresor más frecuente es el cónyuge, pareja o novio, después aparecen el padre, la madre, el padrastro, etc.; es el mismo fenómeno, pero con perfiles epidemiológicos distintos. Ésta es una encuesta antigua que hicimos nosotros, pero tengo que hablar de ella: encontramos, en mujeres que consultaban por diversa razón los servicios de salud en 2006, una prevalencia general de violencia de pareja de 33.3%. Esto siempre lo uso para decirle al personal de salud y a los tomadores de decisiones en este tema que si esto no refleja un problema de salud pública entonces no sé qué lo refleja.

¿Cuál es el problema de salud más importante con el que se bombardea en los medios, periódicos y en todos lados a los adultos? La diabetes. Ésta tiene una prevalencia general entre adultos de alrededor del 12%. Esto es un problema de salud pública sólo por la magnitud. La prevalencia más baja fue de 22.8%, es decir, casi el doble de la prevalencia del problema más relevante de salud; la más alta fue de 45.6% en la península, en Quintana Roo.

La violencia más frecuente es la violencia psicológica, y es la que está presente siempre; uno no se puede imaginar que haya violencia física, sexual o de cualquier otra naturaleza sin que haya un trasfondo de violencia psicológica. Puede haber sólo violencia psicológica, pero cuando se presenta cualquiera de las demás, también hay violencia psicológica, es inherente. Este tipo de violencia está cerca del 28%, la física cerca del 16%, la sexual en el 12% y la económica cerca del 5%, pero esta encuesta no es muy buena para medir la violencia económica.

¿En qué servicio? En todos. No importa a qué acudan las mujeres, todas tienen más o menos una prevalencia parecida; muchas de ellas no asisten a buscar atención debido a la violencia, sin embargo, la encontramos ahí. El 5% de las mujeres estudiadas reportó haber sido golpeada o pateada en el abdomen durante el embarazo, lo que quiere decir que la violencia de pareja es un factor de riesgo de morbilidad grave de mortalidad materna. Casi nunca hablamos de eso, hablamos de la muerte materna y de las atenciones tardías o inapropiadas de los hospitales, pero también esto se relaciona, además de otras cosas. Es importante mencionar que el estrés en las mujeres embarazadas se asocia con mayor riesgo de preeclampsia y eclampsia, segunda causa de muerte materna en México.

Respecto de la violencia sexual en la infancia, según el parentesco, el 13% de las mujeres nos dijeron haber vivido alguna forma de violencia sexual en esta etapa de la vida, no violación, pero sí algún tipo de abuso sexual; el 22% ha sufrido violencia sexual en su vida y el 6% ha padecido abuso sexual fuera de la pareja, es decir, el abuso sexual es una cuestión muy prevalente en nuestra sociedad.

La prevalencia de violación alguna vez en la vida es de 5.8%, altísima. El agresor más común en las violaciones que ocurren fuera de la pareja es un desconocido, luego sigue otro familiar hombre (aquí están las mujeres de todas las edades, en la anterior eran sólo las que vivieron violencia sexual antes de los 15 años), como el padre, aunque también el novio.

En México, como una estimación porque no son éstas todas las que se denuncian, ocurren cerca de 120 000 violaciones al año. El 13% de las mujeres violentadas nunca lo ha hablado con alguien, ni con el personal de salud, ni con sus parientes o amigos.

Como efecto de la violencia no sólo existen las lesiones. Según los años de vida saludable perdidos por mujeres en México, la primera causa es la depresión unipolar mayor, esto es, la depresión que no es una enfermedad metabólica del cerebro, que no es una enfermedad bipolar, sino la que se presenta por las cosas que nos suceden; si nos va mal en el trabajo, en la escuela o en la casa nos deprimimos y esa depresión, médicamente, se llama depresión unipolar mayor. Ésta es la primera causa de pérdida de años saludables de las mujeres en México, y no es así en otros países del resto del mundo.

Recomiendo el estudio que financiamos al Dr. Rafael Lozano del Instituto Nacional de Salud Pública, se llama “Carga de enfermedad en México”, y vale la pena para las personas a las que interesa la salud pública y la epidemiología. Yo sólo me detendré en dos cuestiones. La *carga de enfermedad* es un concepto nuevo en la salud pública, es la mejor medición que tenemos del impacto de la pérdida de la salud debido a una causa específica en grupos de población, que se refiere a la cantidad de años saludables perdidos: los que perdimos por una muerte prematura y los que perdemos porque vivimos con discapacidad. En el caso de mujeres jóvenes, las primeras siete están vinculadas con violencia, como la depresión, la migraña, la lumbalgia y otras enfermedades más, así como el uso de drogas. La mayor parte de las adolescentes y mujeres jóvenes que las consume lo hace para olvidar lo que está viviendo y, al menos, 30% de eso que vive es violencia, sumado a otras cosas.

Las muertes prematuras en mujeres de 15 años hacen énfasis en la violencia interpersonal, la cual es la segunda causa de muerte; los años perdidos por muerte prematura debido a esta causa aumentaron casi 10% entre 1990 y 2010. Posteriormente, tenemos el suicidio, que también está vinculado. En las mujeres de 15 a 49, otra vez aparece la depresión unipolar mayor en primer lugar, parece que son las mismas causas en distinto orden. Las mujeres perdemos la

mayor parte de nuestros años de vida saludables por causas asociadas a la salud mental, pero no es que estemos locas, se debe a lo que nos pasa en la vida y a la falta de opciones para resolverlo de otra manera. Si nos enfocamos en la mortalidad, aquí ya no es el segundo lugar, porque las mujeres empiezan a morir de otras cosas, como la enfermedad renal crónica, diabetes, pero aparece en el cuarto lugar la violencia interpersonal, es decir, los asesinatos de mujeres.

La violencia contra las mujeres es más frecuente entre los 15 y los 50 años, pero no desaparece después de los cincuenta, está presente, así como la depresión, la migraña, el dolor de cuello y los trastornos de ansiedad. Esto no significa que todas las mujeres que padecen migraña sufren violencia, pero hay una fracción atribuible a ello. Si nos centramos en la muerte, desaparecen los homicidios dentro de las quince principales causas de muerte prematura de las mujeres de 50 a 69 años, y esto se debe a que la mayor parte de las mujeres que vive violencia severa o extrema, a esta edad, ya murió, es decir, las mujeres que vivían violencia severa, o ya las mataron o ya sobrevivieron con, sin o a pesar del agresor, ya se deshicieron de él, separándose o por otra razón.

Las mujeres vivimos con mayor frecuencia trastornos o enfermedades mentales; los trastornos afectivos son lo que los médicos llaman depresión y trastornos de ansiedad. Por otro lado, los hombres se inclinan por el uso de sustancias, esto es, mientras las mujeres vivimos nuestros problemas deprimiéndonos y con ansiedad, los hombres los procesan, o eso creen, a través del consumo de sustancias, y no es que sean malas personas, es que las otras dos opciones están vedadas para ellos en nuestra sociedad, en la construcción de su masculinidad, pues se piensa que ellos no pueden estar deprimidos, generalmente se les dice “échale ganas”, y es lo peor que se le puede decir a un paciente con depresión, no es por falta de ganas.

Hay casos de interés ginecobstétrico que están vinculados a la violencia. Todo embarazo en adolescentes, especialmente de menores de 18 años, potencialmente, puede deberse a violencia sexual; ya vimos que hay violaciones de niñas y ya vimos quiénes violan a las niñas y a las jóvenes. En el caso de menores de 18 años el asunto de las infecciones es delicado, sobre todo, si se trata de

aquellas característicamente transmitidas de genital a genital. Por otro lado, hay infecciones de la vulva en niñas pequeñas que no se deben a una violación, sino a que no se han aprendido a limpiar bien, se infectan con bacterias que viven en el colon y que salen por el ano al momento de limpiarse mal. Si se trata de gonorrea esto es muy diferente, esta enfermedad no se agarra en la alberca, ni al sentarse en un baño sucio, aquí ya se debe pensar en otras causas.

Las relaciones sexuales entre menores de 18 años y un adulto pueden representar una relación de abuso de poder, mientras más grande sea la brecha de edad entre la menor y su pareja sexual adulto es más grande la probabilidad de que haya abuso de poder. Toda relación sexual de menores de catorce años, en principio, es violencia sexual, y según la ley en cada entidad federativa puede ser violación; en muchos casos lo es y en otros casos debe ser menor de doce años para que se considere violación. Sin duda, esto refiere violencia sexual.

¿Qué es lo que sucede cuando una niña está embarazada? Inmediatamente se le empieza a tratar como una mujer adulta, así tenga trece, catorce o quince años; cambiamos su categoría y su proceso de desarrollo psicológico, su adaptación social y su proceso de crecimiento en la comunidad se acelera; ya es considerada como adulta, la tratamos y le exigimos responsabilidades de esta magnitud. Un embarazo en la pubertad o en la adolescencia no sólo representa un problema médico, sino, sobre todo, un riesgo psicoemocional y social para ella. Y si es un embarazo resultado de la violencia es también un tema de daño a la salud de esa menor.

La violación es una urgencia médica y de atención inmediata; siempre se lo digo a los médicos y al resto de la ciudadanía para que lo entiendan, sin embargo, no lo manejamos como una urgencia médica, en todo caso se maneja como una urgencia de procuración de justicia, de denuncia y Ministerio Público, y de lo último de lo que nos acordamos es de la preservación de la salud física y mental de esa persona. Una de las cosas más importantes, desde el punto de vista de la salud pública, es la limitación del daño. En casos de violación, el daño psicológico está hecho, se tiene que reparar. Asimismo, puede haber daño físico, casi siempre hay, en términos de lesiones genitales que también habrá

que reparar. Existen otros daños que podemos limitar, y, afortunadamente, ya contamos con herramientas médicas para eso, como los anticonceptivos de emergencia en las primeras 72 horas, y si no llegan antes de este plazo, hasta las 120 tiene algún efecto benéfico, después de las 120 es un volado, no tiene mayor utilidad clínica, desafortunadamente. Entonces, todas las personas que saben o que se enteran de un caso de violación de una mujer en edad reproductiva, es decir, después de que haya tenido su primera menstruación y hasta la última, tienen la obligación civil de sugerir que acuda a los servicios de salud a buscar la anticoncepción de emergencia, a buscar la profilaxis contra enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, esto está disponible de manera gratuita. Lamentablemente, llegan muy pocas mujeres a atenderse porque no saben que cuentan con estos servicios, y nadie las orienta, ni sus familiares, conocidos o amigos, ni las instancias de procuración de justicia. Nadie les dice que acudan al hospital más cercano a exigir de dichos servicios. Si esto lo usamos de manera apropiada podemos prevenir el 85% de embarazos forzados vinculados a la violación. La cifra es muy grande, por ello es muy importante no esperar a ver si se tiene suerte y no se queda embarazada.

¿Cuál es principal problema por parte de la víctima? Que lo único que desea es olvidar la violación. ¿Cuál es el principal problema para todos aquellos que estamos para ayudar a la víctima? Decirle que no se trata de olvidar, sino de acortarlo.

En el caso de enfermedades de transmisión sexual, sobre todo hepatitis y VIH, es muy importante tratar de prevenir el contagio. Presuponer que el agresor es seropositivo es muy útil, es mejor dar tratamiento por un mes a la víctima y aprovechar la oportunidad preventiva que esperar a que se contagie y hacer el examen después, pues de esta manera se pierde un recurso muy importante; no hay que esperar a saber si el agresor es o no portador de alguna enfermedad, tenemos que actuar con una visión preventiva. En toda violación los servicios de emergencia deben responder adecuadamente, en esto estamos trabajando.

Toda violación es un caso de violencia severa y requiere atención psicoemocional. Muchas mujeres piensan que lo van a resolver y que ellas pueden solas,

que son fuertes y que no tienen que hablar con nadie de eso porque no tienen ganas de hablarlo ni de recordar; meses o años después las encontramos cargando con un síndrome de estrés postraumático. Todas requieren atención psicoemocional individual.

Hay evidencia de asociación entre violencia de pareja y preeclampsia y eclampsia, asimismo, hay evidencia de asociación entre violencia de pareja y depresión, la pregunta es: ¿también en el posparto?, ¿cuántas mujeres que están viviendo depresión posparto vivían ya con este padecimiento, pero se hizo más severo durante el embarazo? Es todavía una cuestión a resolver.



## Bibliografía

### ARTÍCULOS

ALMEIDA, M. C. C., Estela M. L. Aquino y Antoniel Pinheiro de Barros, "School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals". *Cuadernos de Saúde Pública*, año 22, núm. 7, julio de 2006, pp. 1397-1409.

BRAMLETT, M. D. y Mosher W. D., "First marriage dissolution, divorce and re-marriage: United States", *Advance data from vital and health statistics*. National Center for Health Statistics, núm. 323, mayo de 2001.

CABANES A., N. Ascunce, E. Vidal, M. Ederra, A. Barcos, N. Erdozain, V. Lope y M. Pollán, "Decline in age at menarche among Spanish women born from 1925 to 1962. *BMC Public Health*, núm. 9, diciembre de 2009, p. 449.

- CÁRDENAS, Rosario, “De la suma de desigualdades: el caso del embarazo durante la adolescencia”, en *Coyuntura demográfica*, núm 8, julio de 2015, pp. 25-33.
- CRUZ PÉREZ, María del Pilar, “Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad”, en *Política y cultura*. México, núm. 22, otoño, pp. 147-160.
- DE LOS RÍOS, Patricia, “Maternidad y derechos reproductivos”, en *Hojas de warmi*. Universidad de Barcelona, núm. 9, 1998.
- DOSSUS, Laure, Marina Kvaskoff, Anne Bijon, Béatrice Fervers, Marie-Christine Boutron-Ruault, Sylvie Mesrine y Franoise Clavel-Chapelon, “Determinants of age at menarche and time to menstrual cycle regularity in the French E3N cohort”. *Ann Epidemiol*, año 22, núm. 10, octubre de 2012, pp. 723-730.
- FERRARO AA, Cardoso VC, Barbosa AP, Da Silva AA, Faria CA, De Ribeiro VS, Bettiol H. y Barbieri MA, “Childbearing in adolescence: intergenerational déjà-vu? Evidence from a Brazilian birth cohort”. *BMC Pregnancy Childbirth*, año 13, julio de 2013, p. 149.
- GROGGER, Jeff y Stephen Bronars, “The socioeconomic consequences of teenage childbearing: Findings from a natural experiment”, en *Family planning perspectives*, año 25, núm. 4, julio-agosto de 1993, pp. 156-161 y 174.
- HOBBCRAFT, John y Kathleen Kiernan, “Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion”, en *British journal of sociology*, año 52, núm. 3, septiembre de 2001, pp. 495-517.
- HOSHI, H., y M. Kouchi, “Secular trend of the age at menarche of Japanese girls with special regard to the secular acceleration of the age at peak height velocity”, en *Human biology*, año 53, núm. 4, diciembre de 1981, pp. 593-598.

JANSEN EC, Herrán OF, y Villamor E, “Trends and correlates of age at menarche in Colombia: Results from a nationally representative survey”. *Econ Hum Biol*, año 19, diciembre de 2015, pp. 138-144.

KAHN, J. R. y K. E. Anderson, “Intergenerational patterns of teenage fertility”, en *Demography*, año 29, núm. 1, febrero de 1992, pp. 39-57.

KALMUSS, D. S. y P. B. Namerow, “Subsequent childbearing among teenage mothers: the determinants of a closely spaced second birth”, en *Family Planning Perspectives*, julio-agosto de 1994, año 26, núm. 4, pp.149-153 y 159.

MAREÑO, Mauricio y Fernanda Masuero, “La discapacidad del diferente”, en *Revista sociológica de pensamiento crítico*. Buenos Aires, vol. 4, núm. 1, 2010, pp. 95-105.

MOTT FI, “The pace of repeated childbearing among young American mothers”, en *Fam Plann Perspect*, año 18, núm. 1, enero-febrero de 1986, pp. 5-12.

SANJOSÉ GIL, Amparo, “El primer tratado de derechos humanos del siglo XXI: la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”, en *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, núm. 13, 2007, pp. 1-26.

SMITH DM y Elander J, “Effects of area and family deprivation on risk factors for teenage pregnancy among 13-15-year-old girls”, en *Psychol Health Med*, año 11, núm. 4, noviembre de 2006, pp. 399-410.

WEBB RT, Marshall CE y Abel KM, “Teenage motherhood and risk of premature death: long-term follow-up in the ONS Longitudinal Study”, en *Psychol Med*, año 41, núm. 9, septiembre de 2011, pp. 1867-1877.

WELLINGS K, Palmer MJ, Geary RS, Gibson LJ, Copas A, Datta J, Glasier A, Scott RH, Mercer CH, Erens B, Macdowall W, French RS, Jones K, Johnson AM, Tanton C y Wilkinson P, “Changes in conceptions in women younger than 18 years and the circumstances of young mothers in England in 2000-12: an

observational study”, en *Lancet*, año 388, núm. 10044, agosto de 2016, pp. 586-595.

## LIBROS

MORRIS, Jenny, “Mujeres discapacitadas y feminismo”, en *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*. Madrid, Narcea, 1996, pp. 17-33.

CASTRO, Roberto y Erviti, Joaquina, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca, CRIM-UNAM, 2015.

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), “Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina, México Rural”, 1970.

CERVANTES, Alejandro, “Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: una propuesta analítica”, en Brígida García, coord., *Mujer, género y población en México*. México, El Colegio de México, 1999.

CHILDRESS, J., *Who should decide? Paternalism in Health Care*. Oxford, Oxford University Press, 1982.

DUACASTELLA, Celia, “Las familias en el desarrollo de la sexualidad de los niños. Puntualizaciones sobre una práctica”, en Jaime Tallis, comp., *Sexualidad y discapacidad*. Madrid, Miño y Dávila, 2005, pp. 41-50.

FAUR, Eleonor, “¿Escrito en el cuerpo?. Género y derechos humanos en la adolescencia”, en Susana Checa, comp., *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires, Paidós, 2003.

FOUCAULT, Michael, *Historia de la sexualidad*, tres tomos, Siglo XXI editores, 12va. edición, marzo 2016.

GARZÓN DÍAZ, Karin, “Discapacidad y procesos identitarios”, en *Revista Ciencias de la Salud*. Bogotá, Universidad del Rosario, año/vol. 5, núm. 2, 2007, pp. 86-91.

GIRE HARE, Richard, *Moral thinking*. Oxford, Oxford University Press, 1982.

IBÁÑEZ, José Luis, *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*. Madrid, Siglo XXI Editores, 1993.

JIMÉNEZ LARA, Antonio, “Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes”, en Rafael de Lorenzo y Luis Cayo Pérez, dirs., *Tratado sobre discapacidad*. Pamplona, Aranzadi, 2007.

LOZANO, Rafael, et al., *Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos*. México, Secretaría de Salud, 2014.

MOMM, Willi y Robert Ransom, “Discapacidad y trabajo”, en *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Madrid, Organización Internacional del Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, vol. 1, 2001, pp. 17.2-17.40.

OLIVER, Mike, “¿Una sociedad de la discapacidad o una sociología discapacitada?”, en Len Barton, comp., *Discapacidad y sociedad*. Madrid, Morata, 1998, pp. 34-58.

PALACIOS, Agustina y Maria Walls, “Changing the Paradigm - the Potential impact of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities”, en *Irish Yearbook of International Law*. Bloomsbury, vol. 1, 2008, pp. 121-165.

SÁNCHEZ, Katia y César Barrios, *Estudio psicosocial del autoconcepto en mujeres con incapacidades de tipo físico-locomotor*. Lima, AMIDEP, 1992.

SHAKESPEARE, Tom, "Poder y prejuicio: los temas de género, sexualidad y discapacidad", en Len Barton, comp., *Discapacidad y sociedad*. Madrid, Morata 1998, pp. 205-229.

TORICES RODARTE, Irene, *La sexualidad en los discapacitados*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 1997.

## RECURSOS ELECTRÓNICOS

Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada el 18 de diciembre de 1979, ratificada por México el 3 de septiembre de 1981 y publicada en el DOF el 12 de mayo de 1981. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw25years/content/spanish/Convention-CEDAW-Spanish.pdf>

Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer Recomendaciones a México 2012. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/CEDAW\\_C\\_MEX\\_CO\\_7\\_8\\_esp.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/CEDAW_C_MEX_CO_7_8_esp.pdf)

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Población y desarrollo: preparativos de la evaluación regional de la aplicación del programa de acción de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo 1998. Disponible en: [http://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/aruba-reso03e\\_1.pdf](http://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/aruba-reso03e_1.pdf)

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Consenso de Montevideo, 2013. Disponible en: [http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso\\_montevideo\\_pyd.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf)

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Segunda conferencia regional de seguimiento al Plan de Acción del Cairo en México 2015. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860_es.pdf)

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Con Todo al Aire. Disponible en: [http://www.cladem.org/pdf/con\\_todo\\_al\\_aire\\_reporte](http://www.cladem.org/pdf/con_todo_al_aire_reporte)

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Recomendación General núm. 4/2002. “Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar”. Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral\\_004.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_004.pdf)

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General núm. 15/2009. “Sobre el derecho a la protección de la salud”. Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral\\_015.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_015.pdf)

Comité Promotor para una Maternidad Segura. Guía para la Aplicación del Enfoque de Derechos Humanos a la Salud Materna. Disponible en: <https://issuu.com/cpmsm/docs/morbilidad-completo>

Consejo Nacional de Población. 1992, 1997, 2009 y 2014. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica llevada a cabo con especificaciones particulares para cada año en 1992, 1997, 2009 y 2014. Disponibles en: [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Encuesta\\_Nacional\\_de\\_la\\_Dinamica\\_Demografica\\_ENADID](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Encuesta_Nacional_de_la_Dinamica_Demografica_ENADID)

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Estadísticas. Disponible en: <https://www.gob.mx/conamed>

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. México, 2007. Disponible en: [http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/Convencion%20sobre%20los%20Derechos%20de%20las%20Personas%20con%20Discapacidad-Ax.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Convencion%20sobre%20los%20Derechos%20de%20las%20Personas%20con%20Discapacidad-Ax.pdf)

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Resultados sobre personas con discapacidad México, 2012. Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-PCD-Accss.pdf>

Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar. Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos, 1978. Disponible en: [https://searchworks.stanford.edu/catalog?q=%22Coordinaci%C3%B3n+del+Programa+Nacional+de+Planificaci%C3%B3n+Familiar+%28Mexico%29+%22&search\\_field=search\\_author](https://searchworks.stanford.edu/catalog?q=%22Coordinaci%C3%B3n+del+Programa+Nacional+de+Planificaci%C3%B3n+Familiar+%28Mexico%29+%22&search_field=search_author)

Consejo Nacional de Población. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica llevada a cabo con especificaciones particulares para cada año en 1992, 1997, 2009 y 2014. Disponibles en: [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Encuesta\\_Nacional\\_de\\_la\\_Dinamica\\_Demografica\\_ENADID](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Encuesta_Nacional_de_la_Dinamica_Demografica_ENADID)

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. México, 2007. Disponible en: [http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/Convencion%20sobre%20los%20Derechos%20de%20las%20Personas%20con%20Discapacidad-Ax.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Convencion%20sobre%20los%20Derechos%20de%20las%20Personas%20con%20Discapacidad-Ax.pdf)

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Resultados sobre personas con discapacidad.



México, 2012. Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-PCD-Accss.pdf>

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Actualizada a 2017. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_240217.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_240217.pdf)

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de Campo Algodonero, 2009. Disponible en: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_205\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_esp.pdf)

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Artavia Murillo vs. Costa Rica 2012. Disponible en: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_257\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf)

Dirección General de Planificación Familiar 1987. Subsecretaría de Servicios de Salud Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987. Disponible en: <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/1437>

*Diario Oficial de la Federación*. Tomo CCCXXVII, Núm. 41, 31 de diciembre de 1974. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Primera reforma al artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <http://dof.gob.mx/index.php?year=1974&month=12&day=31>

*Diario Oficial de la Federación*. Tomo DCXCII, Núm. 20, 30 de mayo de 2011. Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Disponible en [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011)

*Diario Oficial de la Federación*. Tomo DCCXVII, Núm. 7, 10 de junio de 2013. Decreto por el que se reforman los artículos 3o., 4o., 9o., 37, 65 y 66, y se adicionan los artículos 12 y 13 de la Ley General de Educación. Disponible

en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5301832&fecha=10/06/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5301832&fecha=10/06/2013)

Grupo de Información en Reproducción Elegida. “Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México”, 2015. Disponible en: <http://informe2015.gire.org.mx/#/inicio>

Gobierno de la República. Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf> y [http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce\\_salud/prosesa/prosesa.html](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html)

HERMIDA-AYALA, Lourdes y Laura Mateos Borregón, “Cuando las deficiencias se convierten en discapacidad”, en Prisma social. Sociología de la vida cotidiana. Revista de ciencias sociales, núm. 5, diciembre, 2010. Disponible en: [http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/numero\\_actual.html](http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/numero_actual.html)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976. Disponible en: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/76/702825420024/702825420024\\_1.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/76/702825420024/702825420024_1.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional Demográfica 1982. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/metadatos/encuestas/endd\\_212.asp?s=est&c=1449](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/metadatos/encuestas/endd_212.asp?s=est&c=1449)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000. XII Censo General de Población y Vivienda. Aguascalientes, México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/141>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010. XIII Censo General de Población y Vivienda. Cuestionario ampliado. Aguascalientes, México, Insti-

tuto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/71>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2003, 2011. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003, 2011. Disponibles en: <http://www.beta.inegi.org.mx/datos/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2010. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2009/default.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y hombres en México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto de las Mujeres, México. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=g47dDAAAQ-BAJ&pg=PA15&lpg=PA15&dq=XIII+Censo+General+de+Poblaci%C3%B3n+y+Vivienda.+cuestionario+ampliado%7D&source=bl&ots=Y-bkWYyWNWA&sig=2jAFvk2lsbZYlsd7hgu6U55DCPA&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjB5sGFv4TVAhXBx4MKHcebCSMQ6AEIczAO#v=one-page&q=XIII%20Censo%20General%20de%20Poblaci%C3%B3n%20y%20Vivienda.%20cuestionario%20ampliado%7D&f=false>

Secretaría de Salud 1993. “Norma Oficial Mexicana 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”, 1993. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

NOM-007, Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida, 2016. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

Objetivos del Desarrollo Sostenible. Disponibles en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>

Organización de los Estados Americanos. Convención Americana sobre los Derechos Humanos, 1969. Disponible en: [https://www.oas.org/dil/esp/tratados\\_BN32\\_Convencion\\_Americana\\_sobre\\_Derechos\\_Humanos.Pdf](https://www.oas.org/dil/esp/tratados_BN32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.Pdf)

Organización de los Estados Americanos. Convención de Belém do Pará, 1994. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

Organisation for Economic Co-operation and Development, Health Statistics, “¿Cómo se compara México?”, 2014. Disponible en: <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/Briefing%20note%20-%20Mexico%202014.pdf>

Organización Mundial de la Salud, Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/human-rights-contraception/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/es/)

Organización Mundial de la Salud, “Everyone, Everywhere, Always”, 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164590/1/9789241564908\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164590/1/9789241564908_eng.pdf)

Organización Mundial de la Salud, guías emitidas por la Organización Mundial de la Salud, enfocadas en la prevención y eliminación de la falta de respeto y del abuso durante el nacimiento institucionalizado en instituciones de salud, 2014. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)

Organización Mundial de la Salud, “Normas uniformes para la igualdad de oportunidades, Ginebra”, 1990. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=498>

Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948. Disponible en: [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)

Organización de las Naciones Unidas, Orientaciones Técnicas sobre la Aplicación de un Enfoque Basado en los Derechos Humanos a la Ejecución de las Políticas y los Programas Destinados a Reducir la Mortalidad y Morbilidad Prevenible Asociada a la Maternidad, Salud Materna y Derechos Humanos, documento propuesto por el Consejo de Derechos Humanos y aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas. Disponible en: [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/AHRC-21-22\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/AHRC-21-22_sp.pdf)

Organización de las Naciones Unidas, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1974. Disponible en: [http://dhpedia.wikispaces.com/Conferencias+internacionales+sobre+la+poblaci%C3%B3n+y+el+desarrollo+de+las+Naciones+Unidas#xConferencia%20Internacional%20sobre%20la%20Poblaci%C3%B3n%20y%20el%20Desarrollo%20\(1974\)](http://dhpedia.wikispaces.com/Conferencias+internacionales+sobre+la+poblaci%C3%B3n+y+el+desarrollo+de+las+Naciones+Unidas#xConferencia%20Internacional%20sobre%20la%20Poblaci%C3%B3n%20y%20el%20Desarrollo%20(1974))

Organización de las Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1979. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>

Organización de las Naciones Unidas, Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Viena, 1993. Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx>

Organización de las Naciones Unidas, Programa de Acción emanado de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo, 1994. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/icpd1994.htm#i1>

Organización de las Naciones Unidas, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. IV Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, China, 1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

Organización de las Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006. Disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización de las Naciones Unidas, Principios y Recomendaciones para los Censos de Población y Habitación. Revisión 2, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Estadística, Nueva York, 2010. Disponible en: [https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesm/seriesm\\_67rev2s.pdf](https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesm/seriesm_67rev2s.pdf)

Organización de las Naciones Unidas, Comité de Expertos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2014. Disponible en: [http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=686:comite-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-observaciones-finales-sobre-el-informe-inicial-de-mexico&Itemid=282](http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_k2&view=item&id=686:comite-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-observaciones-finales-sobre-el-informe-inicial-de-mexico&Itemid=282)

Programa Nacional de Planificación Familiar, Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos, México, 1978. Disponible en: [https://searchworks.stanford.edu/catalog?q=%22Coordinaci%C3%B3n+del+Programa+Nacional+de+Planificaci%C3%B3n+Familiar+%28Mexico%29+%22&search\\_field=search\\_author](https://searchworks.stanford.edu/catalog?q=%22Coordinaci%C3%B3n+del+Programa+Nacional+de+Planificaci%C3%B3n+Familiar+%28Mexico%29+%22&search_field=search_author)

República Bolivariana de Venezuela, Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007. Disponible en: [http://oig.cepal.org/sites/default/files/2014\\_ven\\_feminicidio\\_ley\\_organica\\_sobre\\_derecho\\_de\\_mujeres\\_a\\_una\\_vida\\_libre\\_de\\_violencia\\_25\\_11\\_14-1.pdf](http://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_feminicidio_ley_organica_sobre_derecho_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf)

Secretaría de Salud, Convenio de Atención a la Emergencia Obstétrica, 2012. Disponible en: [http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion\\_de\\_la\\_Emergencia\\_Obstetrica.pdf](http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica.pdf)

Sociedad Mexicana de Demografía, Mujer, género y población en México. México, Colegio de México, pp. 363-404. Disponible en: <http://2010.colmex.mx/16tomos/I.pdf>

Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chiapas, Guanajuato, Durango, Oaxaca y Puebla*. Disponibles en: <https://www.scjn.gob.mx/normativa-nacional-internacional>

Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres*, 2006. Disponible en: <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=fcqDnprGrJAJh0kgCc6AL+Tfjus1egUDyF0b0ecpQVO44A5VgflWhqt1Ei7wZ21o>

United Nations International Children’s Emergency Fund, *Convención sobre los Derechos del Niño*, 1989. Disponible en: [https://www.unicef.org/panama/spanish/convencion\(3\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/convencion(3).pdf)

United Nations Fund for Population Activities, Programa de Acción. *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, Egipto, Naciones Unidas, 1994. Disponible en: [http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA\\_sp.pdf](http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA_sp.pdf)

Women With Disabilities Australia, *Esterilización y salud reproductiva de mujeres y jóvenes con discapacidad*, Sydney, Women With Disabilities, 2001. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n22/n22a08.pdf>

## DIARIOS

LEPPÄLAHTI S., M. Gissler, M. Mentula, O. Heikinheimo, “Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011”. *BMJ Open*, año 3, núm. 8, agosto de 2013, p. e003225.

MAHAVARKAR SH, Madhu CK, Mule VD, “A comparative study of teenage pregnancy”, *J Obstet Gynaecol*. año 28, núm. 6, agosto de 2008, pp. 604-607.

MANLOVE J, "The influence of high school dropout and school disengagement on the risk of school-age pregnancy", *J Res Adolesc*, año 8, núm. 2, 1998, pp. 187-220.

MCCALL SJ, S. Bhattacharya, E. Okpo, GJ., Macfarlane, "Evaluating the social determinants of teenage pregnancy: a temporal analysis using a UK obstetric database from 1950 to 2010", *J Epidemiol Community Health*, enero de 2015, año 69, núm. 1, pp. 49-54.

OTTERBLAD OLAUSSON P., B. Haglund, G. Ringbäck Weitoft Gy S. Cnattin-gius, "Premature death among teenage mothers", *BJOG*, año 111, núm. 8, agosto de 2004, pp. 793-799.

PAPADIMITRIOU A., "The Evolution of the Age at Menarche from Prehistorical to Modern Times", *J Pediatr Adolesc Gynecol*, año 29, núm. 6, diciembre de 2016, pp. 527-530.

SAVITRIDINA R., "Determinants and consequences of early marriage in Java, Indonesia", *Asia Pac Popul J*, año 12, núm. 2, junio de 1997, pp. 25-48.

TSIKOURAS P., A. Dafopoulos, G. Trypsianis, N. Vrachnis, S. Bouchlariotou, SA. Liatsikos, K. Dafopoulos, G. Maroulis, G. Galazios, AT. Teichmann y GF. Von Tempelhoff, "Pregnancies and their obstetric outcome in two selected age groups of teenage women in Greece", *J Matern Fetal Neonatal Med*, año 25, núm. 9, septiembre de 2012, pp. 1606-1611.

CASTRO J, "Señala Claudia Anaya deficiencias en el conteo de población con discapacidad", en *El Sol de Zacatecas*. Zacatecas, 11 de marzo.

## PONENCIAS

VELÁSQUEZ LERMA, Rita, "El tema de discapacidad y la generación de información estadística en México", ponencia presentada en el Seminario Re-



gional “Estadísticas sobre Personas con Discapacidad”. Managua, Nicaragua, 31 de agosto y 1 de septiembre de 2004.

## TESINAS

PALACIOS, Agustina, *La discapacidad frente al poder de la normalidad. Una aproximación desde tres modelos teóricos. Tesina dirigida por el profesor Rafael de Asís Roig*. Madrid, Universidad Carlos III de Madrid, Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas.

Memorias  
PRIMER CICLO DE CONFERENCIAS “ELVIA CARRILLO PUERTO”  
se terminó de editar en octubre de 2017 en la Dirección de Publicaciones  
de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos,  
Ciudad de México.

La edición consta de 35 discos compactos