

NECESIDADES Y DERECHOS EN SALUD REPRODUCTIVA. ELEMENTOS PARA CONSIDERAR EN UNA LEGISLACIÓN ACTUALIZADA

Susana LERNER
Ivonne SZASZ*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Las implicaciones del enfoque de salud reproductiva en la identificación de derechos sexuales y reproductivos.* III. *Un breve diagnóstico: amplios sectores de la población no logran ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.* IV. *Retos del presente y desafíos futuros en salud reproductiva.* V. *Desafíos para la agenda legislativa.* VI. *Bibliografía.*

I. INTRODUCCIÓN

Hablar de las necesidades y los derechos en salud reproductiva de la población, implica necesariamente considerar las condiciones de vida en México, en particular la persistencia de las grandes desigualdades socioeconómicas y culturales, las relaciones de género y las inequidades étnicas y generacionales, así como poner el acento en la promoción y el ejercicio efectivo de los derechos humanos y la ciudadanía. Como parte de un Estado laico y democrático, implica también reflexionar acerca del quehacer público y enfrentar los retos jurídicos que hagan exigibles los derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política y aquellos contenidos en los acuerdos internacionales suscritos por el Estado mexicano, dando respuesta a las necesidades y derechos de la población en materia de salud reproductiva. Tanto el marco jurídico como el diseño y la implementación de las políticas, los programas y las intervenciones en esta materia, deben expresar estos principios y compromisos.

* Profesoras-investigadoras del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México.

Después de cerca de dos décadas de intensa investigación sociodemográfica sobre la reproducción humana, la sexualidad y la salud, se puede afirmar que el enfoque de salud reproductiva adoptado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994, ha permitido identificar profundas inequidades, necesidades no resueltas y falta de protección de los derechos reproductivos en amplios grupos de la población mexicana. La perspectiva de investigación bajo este paradigma no sólo ha ofrecido una vasta acumulación de conocimientos y una mejor comprensión en esta materia, sino que permite evaluar las intervenciones públicas en este campo y hacer más exigibles el respeto y la garantía de los derechos humanos en materia de sexualidad y reproducción. Los hallazgos de diversos estudios constatan que aún nos encontramos con un campo de acción pleno de tensiones, conflictos y desencuentros, que evidencian la persistencia de rezagos, de grandes desigualdades, de nuevos retos que se avecinan y de intereses y posiciones ideológicas encontradas que ponen en peligro el ejercicio de los derechos.

En la primera parte de este trabajo se plantean algunos de los principales elementos conceptuales que subyacen en el concepto de salud reproductiva, con la finalidad de enfatizar los principios que incluyen a los derechos reproductivos y sexuales como derechos fundamentales, que corresponden a toda persona humana y que deben ser garantizados por el Estado. En la segunda parte se presenta un breve diagnóstico sobre la salud reproductiva en México en el momento actual. Se basa en estudios realizados en el ámbito de la salud reproductiva desde la perspectiva de las ciencias sociales, que establecen de manera clara las condiciones materiales, sociales, culturales, e institucionales bajo las cuales se definen y confrontan las necesidades y los derechos de la población mexicana.¹ En este diagnóstico sucinto se muestra que el ejercicio de los derechos reproductivos se encuentra subordinado a

¹ El breve panorama sobre las desigualdades, rezagos y falta de protección de los derechos en salud reproductiva que presentamos en este texto, se basa en un amplio diagnóstico sobre el tema, de carácter interinstitucional, en el cual participaron más de 40 investigadores (Lerner, Susana y Szasz, Ivonne, “La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción”, *Estudios Demográficos y Urbanos* 53, México, El Colegio de México, vol. 18, núm. 2, 2003, pp. 299-352; Szasz, Ivonne, Lerner, Susana, “Salud reproductiva y desigualdades en la población”, en García, Brígida y Ordorica, Manuel (coords.), *Los grandes problemas de México I. Población*, México, El Colegio de México, 2010, pp. 213-251; Stern, Claudio y Menkes, Catherine, “Embarazo adolescente y estratificación social”, en Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, t. I, 2008, pp. 347-396. Debido a que ese amplio panorama se basó en encuestas e investigaciones realizados en los años noventa del siglo XX, para mostrar las tendencias más recientes y precisar los nuevos retos al inicio del

condiciones sociales que permanecen y tienden a agudizarse, como las desigualdades de clase, de etnia y de género socialmente construidas. Asimismo, se presta especial atención a grupos de la población que se encuentran en las más adversas situaciones de vulnerabilidad, precariedad y exclusión con respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, tales son los casos de las mujeres indígenas y las mujeres adolescentes. A continuación y en la tercera sección de este artículo, con base en información correspondiente a las tendencias de algunos indicadores de salud reproductiva en los últimos diez años y con las tendencias que ha seguido el sistema de salud, se resalta la importancia de prever nuevas necesidades en salud reproductiva. Finalmente, de acuerdo con los escenarios resultantes de esta caracterización presente y futura, en la última sección se plantean algunas propuestas para afrontar las necesidades y asegurar los derechos identificados por las investigaciones, que requieren ser consideradas en la reformulación del marco jurídico sobre población. El fin último de estas reformulaciones debe ser el de garantizar el debido respeto de los derechos humanos, incluyendo el acceso a la salud en las mejores condiciones posibles, el acceso pleno a los derechos reproductivos, y el acceso igualitario a los medios para ejercer una sexualidad voluntaria y libre de temores a las consecuencias no buscadas. Lo anterior requiere construir un marco jurídico adecuado, que promueva la reducción de las desigualdades y los rezagos, que obligue al gobierno mexicano y al conjunto de las instituciones del Estado y sectores de la sociedad, a respetar y proteger el ejercicio de los derechos humanos en materia de sexualidad y reproducción, garantizando los recursos humanos y financieros necesarios para tal fin.

II. LAS IMPLICACIONES DEL ENFOQUE DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA IDENTIFICACIÓN DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

El enfoque de salud reproductiva, incorporado en el Plan de Acción suscrito por el Estado mexicano en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, establece que “la salud reproductiva... significa que la gente es capaz de tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tiene la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si lo hace, cuándo y cada cuánto tiempo”.² Dicha conceptualización tiene su origen en

siglo XXI y los desafíos futuros, en este trabajo se incluyen algunos hallazgos de estudios e informes basados en las encuestas levantadas en la última década, ENADID 2006 y 2009.

² Naciones Unidas, *Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development*, Nueva York, Naciones Unidas, 1994.

la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual define la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad. Esta definición toma en cuenta los siguientes aspectos: a) que los individuos puedan tener relaciones sexuales satisfactorias, seguras y libres de temor a los embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual; b) que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si, cuándo y cada cuánto hacerlo; c) que las mujeres tengan embarazos y partos seguros, y d) que los resultados de los embarazos sean exitosos en cuanto a la sobrevivencia y el bienestar materno-infantil.³

De lo anterior se desprenden al menos dos significados de las necesidades y derechos en salud reproductiva: que los hombres y mujeres tienen derecho a estar informados y a acceder a tratamientos, intervenciones, insumos seguros, efectivos, accesibles y culturalmente aceptables (en el caso de los métodos anticonceptivos, que puedan elegir entre usarlos o no, y que puedan elegir libremente entre una amplia gama de ellos, sin ninguna coerción); así como el tener garantizado el acceso a servicios de salud oportunos, de buena calidad y a una atención efectiva, sin discriminación y estigmatización y de acuerdo con las singularidades y necesidades específicas de los diversos grupos de población.

Uno de los principales desafíos en el diseño e instrumentación de un nuevo marco jurídico en salud reproductiva es la necesidad de concebir el derecho a la salud reproductiva como un derecho de mujeres y hombres a la autodeterminación sobre el propio cuerpo y sus capacidades sexuales y reproductivas, y como un derecho a la ciudadanía y a la ciudadanización. Este derecho alude, como bien señala Gómez,⁴ a la titularidad y el ejercicio de los derechos ciudadanos, y en el tema que nos ocupa, a que las personas se sientan titulares y puedan ejercer los derechos sexuales y reproductivos, implicando responsabilidades del Estado.

El enfoque de salud reproductiva privilegia la perspectiva de la justicia social, al mismo tiempo que se concentra en las necesidades individuales de las mujeres y los hombres, atendiendo a sus propias voces y demandas, tomando en cuenta la diversidad de condiciones sociales, culturales, institu-

³ Fathalha, M. F., “Reproductive Health in the World: Two Decades of Progress and the Challenge Ahead”, en Khannam, J. *et al.* (eds.), *Reproductive Health: a Key to a Brighter Future*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992; Fundación Ford, *Reproductive Health: a Strategy for the 1990s*, Nueva York, Fundación Ford, 1991; Naciones Unidas, *Programme...*, *cit.*

⁴ Gómez, Adriana, “El derecho a la salud es un derecho humano y de ciudadanía”, 2011, contacto@observatoriogeneroyliderazgo.cl

cionales e ideológicas en que viven las personas, las circunstancias de vida familiar y personal de las mismas, la diversidad de actores y los procesos que influyen en las prácticas reproductivas. Se trata de un enfoque que busca superar las inequidades y relaciones de poder y que privilegia el derecho a la autodeterminación de las personas en las decisiones sobre su vida sexual y reproductiva. Como parte de este enfoque, se ha transitado hacia un concepto que amplía el paraguas de necesidades y derechos en varios componentes de la salud reproductiva, necesidades que aún no han sido suficientemente enfrentadas y resueltas por las instituciones, en particular por los servicios públicos de salud. Esas necesidades y carencias están presentes en las demandas de la sociedad civil y en las voces de las personas entrevistadas en diversos estudios. La falta de satisfacción de esas necesidades y las carencias en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos han sido evidenciadas en los hallazgos de la investigación académica, y deben ser abordadas mediante una reformulación del marco jurídico.⁵

III. UN BREVE DIAGNÓSTICO: AMPLIOS SECTORES DE LA POBLACIÓN NO LOGRAN EJERCER SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

A partir de los resultados de investigaciones recientes sobre salud reproductiva en México,⁶ se corrobora un hecho irrefutable: las diferencias de clase social, las relaciones inequitativas de género, las desigualdades étnicas y las diferencias de poder entre generaciones que permean a la sociedad, junto con las precarias condiciones de los servicios públicos de salud reproductiva, son los elementos estructurantes que enmarcan las condiciones reales o posibles para la satisfacción de necesidades y derechos en salud reproductiva. Las investigaciones académicas han documentado ampliamente el deterioro progresivo de los recursos (humanos, materiales y de tiempo) con que cuentan las diversas instituciones públicas para responder a las necesidades de las personas, y garantizar no sólo sus derechos sexuales y reproductivos, sino también el derecho constitucional de protección a la

⁵ Para una discusión amplia acerca del significado y alcance del concepto de necesidades en salud reproductiva, véase Camarena, Rosa María y Lerner, Susana, “Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural”, y Aparicio, Ricardo, “Necesidades no satisfechas de anticoncepción: ¿una limitante para el ejercicio de los derechos reproductivos?”, ambos en Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, 2008, t. I, pp. 117-216 y 217-285, respectivamente.

⁶ Véase la nota 2.

salud. Este hecho representa, sin duda alguna, un gran reto para las políticas y programas, al exigir decisiones estratégicas y canalización muy diferente de los recursos públicos para transitar hacia condiciones más democráticas, de acceso a los derechos humanos, en concordancia con los compromisos internacionales suscritos por el gobierno, los derechos establecidos en la Constitución mexicana y las demandas ciudadanas. Una regulación jurídica actualizada debe contribuir hacia la reorientación de las prioridades gubernamentales que puedan garantizar de manera efectiva estos derechos.

A la par de reconocer los logros sustantivos en la disminución de la fecundidad, a través de una amplia cobertura anticonceptiva brindada por los servicios públicos de salud, y de los cambios culturales y sociales que han coadyuvado a una mayor autonomía de las mujeres, el diagnóstico sobre la salud reproductiva en el país ha reconocido los obstáculos y restricciones impuestos por las condiciones sociales y las propias acciones gubernamentales, que limitan el libre ejercicio de los derechos reproductivos. Las jerarquías sociales e institucionales, el avance de ideas conservadoras, la persistencia de la violencia de género, así como la violencia simbólica que experimentan los grupos más desfavorecidos, resultan en la exclusión y la discriminación de amplios grupos a un acceso real a servicios de calidad, así como un insuficiente conocimiento y ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.⁷

La precariedad de los servicios, especialmente en zonas marginadas, nulifica la supuesta oferta gratuita y universal de servicios y las posibilidades de elegir. Además de las carencias en recursos para la salud reproductiva y la baja calidad de los servicios, las investigaciones dejaron claro que las personas tienen distintas posibilidades para incidir y definir su vida sexual y reproductiva, incluso en las relaciones de pareja. Las posibilidades de satisfacer necesidades y ejercer derechos varían ampliamente según el lugar que ocupen las personas en las jerarquías sociales. Las mayores necesidades no satisfechas se asocian estrechamente con las condiciones de vida más adversas, los estratos de ingresos bajos, la pobreza, además de las relaciones de género y generacionales más inequitativas. Las responsabilidades reproductivas continúan recayendo fundamentalmente en las mujeres, al tiempo que las necesidades y carencias se incrementan en los estratos socioeconómicos más bajos, en las personas de menor escolaridad, y entre las mujeres indígenas, las adolescentes y las jóvenes.⁸

⁷ Szasz, Ivonne y Lerner, Susana, “Salud reproductiva...”, *cit.*

⁸ Camarena, Rosa María y Lerner, Susana, “Necesidades insatisfechas...”, *cit.*; Aparicio, Ricardo, “Necesidades no satisfechas...”, *cit.*; así como Casique, Irene, “Actitudes hacia

Las situaciones más adversas se viven en las zonas rurales marginadas, y dentro de ellas, entre las mujeres indígenas. Es en este ámbito donde persiste la mayor discriminación y negligencia en materia de derechos sexuales y reproductivos. Entre las mujeres indígenas que viven en zonas rurales marginadas, hay mayor precariedad de servicios de salud y una intensa y amplia gama de necesidades no satisfechas en salud reproductiva.⁹ Sus necesidades no satisfechas de anticoncepción duplican a las de otras mujeres de las mismas zonas, presentan desconocimiento y poco uso de métodos anticonceptivos modernos, los únicos métodos a los que acceden son invasivos y controlados por los prestadores de salud, no tienen acceso a métodos reversibles ni a los que proporcionan doble protección, y las posibilidades de estar informadas y elegir son casi inexistentes para estas mujeres. También es limitado para ellas el derecho a tener embarazos y partos seguros, pues numerosos indicadores señalan obstáculos e insuficiencias de las instituciones de salud para darles atención universal en estos eventos. Entre los indicadores más críticos para las mujeres indígenas, destacan los elevados niveles de mortalidad materna, la morbilidad materna, así como la prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, del cáncer cérvico-uterino y del cáncer mamario.¹⁰

Las interacciones y transacciones entre el personal de los servicios de salud y las mujeres indígenas se dan en contextos interculturales, en los cuales la hegemonía del discurso médico excluye la existencia de otros enfoques de atención y dificulta la interlocución en términos igualitarios y respetuosos. No existe formación para los profesionales de la salud sobre la importancia de respetar las elecciones personales, proteger los derechos sexuales

la reproducción y control de la fecundidad en las parejas mexicanas”; Abrantes, Raquel y Pelcastre, Blanca, “La reforma del sector salud en México y la política de salud reproductiva: ¿agendas contradictorias o complementarias?”, y Rojas, Olga, “Reproducción masculina y desigualdad social en México”, los tres en Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, cit., t. II, pp. 47-94, 255-301 y 95-137, respectivamente.

⁹ De las 160 localidades rurales de la encuesta realizada en 1999, donde operaba el programa IMSS-Solidaridad, sólo 51% de ellas contaba con unidades médicas rurales y el 49% restante de las localidades recibía atención de unidades móviles y personal médico itinerante Camarena, Rosa María y Lerner, Susana, “Necesidades insatisfechas...”, cit.

¹⁰ Camarena, Rosa María y Lerner, Susana, “Necesidades insatisfechas...”, cit.; así como Espinosa, Gisela, “Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres”, y Freyermuth, Graciela y Torre, Cecilia de la, “Inequidad étnica y tropiezos en los programas. Crónica de la muerte materna en Chiapas”, ambos en Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, cit., t. II, pp. 141-202 y 203-251, respectivamente.

y reproductivos, sobre el respecto a las costumbres y lenguas locales, así como sobre la necesidad de no discriminar a los prestadores locales de salud, lo que incrementa la exclusión de las mujeres indígenas.¹¹

Otro sector de la población que experimenta una acumulación de discriminaciones y exclusiones en su acceso a atención de buena calidad en salud reproductiva son las mujeres adolescentes y jóvenes de los estratos socioeconómicos de bajos ingresos. Es el único grupo de mujeres mexicanas que ha tenido un escaso acceso a la anticoncepción previa al inicio de la vida reproductiva, y que por lo mismo no puede posponer ni el comienzo de las uniones maritales, ni la salida del sistema educativo. También se trata, junto con los adolescentes y jóvenes varones de los mismos estratos sociales, del grupo poblacional más expuesto a las infecciones de transmisión sexual, puesto que la expansión del uso de un método reversible que brinda protección tanto anticonceptiva como antinfeciosa (el condón masculino) se da únicamente entre los jóvenes urbanos de elevada escolaridad.¹² Los servicios públicos de salud no recomiendan ni distribuyen gratuitamente los anticonceptivos reversibles adecuados para las adolescentes y la población soltera, como la anticoncepción de emergencia o los parches anticonceptivos, negándoles el acceso a estos métodos a las jovencitas de los estratos socioeconómicos bajos. Los únicos métodos permanentemente accesibles en el sistema público de salud son el dispositivo intrauterino y la cirugía de oclusión tubaria, que se ofrece incluso a mujeres adolescentes.¹³

La falta de garantías de acceso a los derechos sexuales y reproductivos entre los y las jóvenes de bajos recursos se expresa también en las elevadas prevalencias de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el vih-sida. Los y las adolescentes y jóvenes no guardan abstinencia total de relaciones sexuales, y el único método que les permite prevenir la más grave de estas infecciones es el condón o preservativo, muy escasamente recomendado y casi nunca distribuido por numerosos servicios públicos. A su vez, la prevención y atención del vih-sida y otras infecciones se ve afectada por las desigualdades de clase y de género, por actitudes de estigma y discrimina-

¹¹ Camarena, Rosa María y Lerner, Susana, “Necesidades insatisfechas...”, *cit.*; Espinosa, Gisela, “Maternidad indígena:...” , *cit.*; Freyermuth, Graciela y Torre, Cecilia de la, “Inequidad étnica...”, *cit.*

¹² Lerner, Susana, y Szasz, Ivonne, (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, *cit.*, ts. I y II, 2008; Szasz, Ivonne y Lerner, Susana, “Salud reproductiva...”, *cit.*

¹³ Stern, Claudio y Menkes, Catherine, “Embarazo adolescente y estratificación social”, en Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, *cit.*, t. I, pp. 347-396; Camarena, Rosa María y Lerner, Susana, “Necesidades insatisfechas...”, *cit.*

ción, por el escaso acceso de adolescentes a los servicios gratuitos, y por la falta de atención oportuna y de buena calidad en ellos.¹⁴ La falta de acceso de las adolescentes de bajos recursos a la anticoncepción adecuada para su edad determina, en gran medida, tanto la elevada proporción de embarazos en la adolescencia como que en México las jovencitas inicien la anticoncepción en una etapa posterior a las uniones maritales y la procreación. Se trata de carencias en la protección a los derechos reproductivos que concentran la fecundidad entre las adolescentes y jóvenes con menores recursos. Estos temas plantean múltiples desafíos a la regulación jurídica y ponen el acento en la importancia de revertir las acciones violatorias de los derechos humanos, así como el estigma y la discriminación de las personas que viven con vih-sida y las que padecen otras infecciones de transmisión sexual, que ocurre incluso en las propias instituciones de salud.¹⁵ En cambio, las adolescentes y los jóvenes de clases medias y altas viven otros procesos sociales, como el acceso a la anticoncepción moderna y a la interrupción segura de embarazos no planeados, la prolongación de la escolaridad, la incorporación de mujeres al mercado de trabajo en condiciones satisfactorias, los procesos de individuación de las normas, la postergación de las uniones maritales y la emergencia de una sexualidad moderna, entre otros.¹⁶

El diagnóstico realizado con base en encuestas levantadas en los últimos años del siglo XX señala claramente que estas condiciones empeoran en la medida en que las adolescentes descienden en la escala social, y que la inmensa mayoría de los embarazos en la adolescencia se dan entre jovencitas que ya están unidas maritalmente, siendo el acceso a los estudios más allá de la minoría de edad el mayor factor protector del ejercicio sexual, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos en la adolescencia. Las relaciones sexuales previas a las uniones maritales y la ausencia de embarazos ocurren predominantemente entre las adolescentes de los estratos socioeconómicos medios y altos, quienes presentan mayor asistencia escolar durante

¹⁴ Juárez, Fátima y Gayet, Cecilia, “El vih/sida: un nuevo reto para la salud pública”, en García, Brígida y Ordorica, Manuel (coords.), *Los grandes problemas de México I. Población*, México, El Colegio de México, 2010, pp. 137-172.

¹⁵ Stern, Claudio y Menkes, Catherine, “Embarazo adolescente y estratificación social”, *cit.*; Juárez, Fátima y Gayet, Cecilia, “El vih/sida: ...”, *cit.*; Szasz, Ivonne, Lerner, Susana, “Salud reproductiva...”, *cit.*

¹⁶ Stern, Claudio y Menkes, Catherine, “Embarazo adolescente y estratificación social”, *cit.*; Szasz, Ivonne, “Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México”, en Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México, cit.*, t. I, pp. 431-475.

la adolescencia y aun después de cumplir 20 años.¹⁷ Las grandes desigualdades sociales, económicas, culturales e institucionales tienen grandes repercusiones en las condiciones de salud reproductiva y los derechos de la población adolescente. Las normas más conservadoras sobre el matrimonio y la sexualidad se aplican con mucho mayor fuerza en los estratos sociales y culturales más desfavorecidos. Solamente en los estratos socioeconómicos medio y alto, entre la población no indígena, y en las zonas urbanas, parecen existir alternativas de continuar estudios, posponer las uniones maritales y prevenir los embarazos con métodos reversibles que brinden doble protección.¹⁸

También es necesario considerar, en una actualización de la normatividad jurídica, la importancia de las consecuencias de la violencia física, sexual y emocional conyugal en la vida sexual y reproductiva de las mujeres, niñas y niños. El derecho a la regulación de la fecundidad y a decidir voluntariamente sobre los encuentros sexuales se ve severamente limitado por este tipo de violencia, que se expresa de manera más aguda en los sectores socialmente más vulnerables y entre las mujeres que trabajan en ocupaciones de baja jerarquía fuera del hogar. Son nuevamente las adolescentes quienes presentan mayor riesgo de sufrir violencia conyugal. La permanencia de un modelo de familia regido por pautas autoritarias afecta principalmente a las adolescentes y jóvenes de escasos recursos.¹⁹

Pero no es solamente la violencia conyugal la que limita los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los jóvenes, sino también otras formas de violencia institucionalizada. Tanto hombres como mujeres de los estratos de mayores ingresos expresan valores liberales sobre la virginidad, el ejercicio de la sexualidad y la fidelidad sexual. En los sectores con altos grados de escolaridad se ejercen prácticas modernas de noviazgo, anticoncepción, nupcialidad y atención de los embarazos y partos.²⁰ En cambio, las

¹⁷ Szasz, Ivonne, “Relaciones...”, *cit.*; Stern, Claudio y Menkes, Catherine, “Embarazo adolescente y estratificación social”, *cit.*

¹⁸ Solís, Patricio *et al.*, “Las transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social”, en Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, *cit.*, t. I, pp. 397-428; Stern, Claudio y Menkes, Catherine, “Embarazo adolescente y estratificación social”, *cit.*; Szasz, Ivonne, “Relaciones...”, *cit.*

¹⁹ González Montes, María de la Soledad y Contreras, Juan Manuel, “La violencia conyugal en la población derechohabiente del IMSS”, en Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, *cit.*, t. II, pp. 333-379.

²⁰ Mier y Terán, Marta, “El proceso de formación de las parejas en México”, en Rabell, Cecilia (coord.), *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva socio-demográfica*, México, El Colegio de México-UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales 2009, pp. 199-253; Ariza, Marina y Oliveira, Orlandina de, “Género, clase y concepciones

mujeres de bajos ingresos, y sobre todo las más jóvenes, sostienen valores más conservadores sobre la sexualidad femenina, viven uniones maritales y roles de género más tradicionales, experimentan mayor violencia conyugal, y tienen pocas posibilidades de tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su capacidad reproductiva. Son las mujeres indígenas, las jóvenes y las pobres quienes están más expuestas a imposiciones y riesgos en salud reproductiva. Los resultados de los diagnósticos realizados revelan la fuerza de la violencia simbólica ejercida por la sociedad mexicana en contra de las mujeres, las y los jóvenes y los grupos económica y étnicamente subordinados, atendiendo contra sus derechos reproductivos.²¹

IV. RETOS DEL PRESENTE Y DESAFÍOS FUTUROS EN SALUD REPRODUCTIVA

La primera década del siglo XXI arrojó un desafío inesperado y preocupante a la agenda de los derechos sexuales y reproductivos en México: la mayor proporción de población menor de 15 años que muestra el Censo de Población de 2010 (en comparación con las estimaciones gubernamentales) revela que el mayor logro de los servicios públicos de salud reproductiva en el último cuarto del siglo XX —el descenso de la fecundidad— ha estado estancado por varios años. Otros indicadores revelan un incremento del efecto de las desigualdades sociales en la polarización de la calidad de la salud reproductiva y el ejercicio de derechos entre distintos grupos de la población. El acceso a los derechos sexuales y reproductivos y a la atención a la salud en este tema, parece más desigual en el siglo XXI que en décadas anteriores, y en algunos aspectos hay retrocesos para toda la población. La igualdad jurídica entre hombres y mujeres, el derecho de toda persona a la salud, así como el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, están en riesgo.

Estos derechos, que incluyen el derecho a métodos anticonceptivos gratuitos proporcionados por los servicios de salud, que permitan regular voluntariamente la reproducción, así como la incorporación del concepto de derechos sexuales y reproductivos en planes y programas de los servicios

sobre sexualidad en México”, en Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coord.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, cit., t. II, pp. 11-46; Szasz, Ivonne, “Relaciones...”, cit.

²¹ Ariza, Marina y Oliveira, Orlandina de, “Género, clase...”, cit.; Stern, Claudio y Menkes, Catherine, “Embarazo adolescente y estratificación social”, cit.; Szasz, Ivonne, “Relaciones...”, cit.; Lerner, Susana, y Szasz, Ivonne, (coords.), *Salud reproductiva...*, cit.; Szasz, Ivonne y Lerner, Susana, “Salud reproductiva...”, cit.

públicos de salud ocurridos desde los años noventa del siglo XX, aparecen francamente debilitados en la primera década del nuevo siglo.

Las encuestas más recientes registran un freno del incremento en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas de 15 a 49 años.²² Los indicadores de escolaridad, condición étnica y residencia rural o urbana constatan la persistencia de brechas importantes entre los sectores medios y altos urbanos respecto de los grupos de población más vulnerables, como las mujeres sin escolaridad, las indígenas y las que residen en áreas rurales, aún en 2009.²³ De igual manera, la persistencia de la desigualdad social se observa al comparar las entidades de mayor desarrollo con las de mayor marginalidad y alta presencia de población indígena en 2009.²⁴

En especial son las mujeres jóvenes las que menos usan anticonceptivos en la primera década del siglo XXI: tanto en 1997 como en 2009, apenas 45% de las adolescentes unidas maritalmente usaban anticonceptivos, y únicamente 20% de las mujeres en edad fértil declararon en 2009 que, al tener su primera relación sexual, habían usado un anticonceptivo. De ellas, casi todas “usaron” un método que, en la práctica, supuestamente controlaron sus parejas: el condón masculino. También las cifras de 2009 señalan un aumento en la concentración de la anticoncepción en los únicos dos métodos que se ofrecen de manera constante en los servicios públicos: los procedimientos quirúrgicos y el dispositivo intrauterino.²⁵ Éstos dependen de la intervención directa de los médicos, por lo que se ha sugerido que su uso mayoritario está fuertemente inducido por las instituciones gubernamentales de salud, que atienden a la población de menores recursos.

De acuerdo con las estimaciones de Conapo, basadas en la ENADID 2009, las edades en las que las mujeres inician la vida conyugal y reproductiva no han variado de manera importante en la última década: en 2009, la mitad de las mujeres ya se había unido a los 19.6 años, y una proporción igual de mujeres tuvo su primer hijo a los 20.5 años de edad. A ello, se agrega que la edad mediana al primer uso de métodos anticonceptivos es de 21.7 años de edad, varios años después de la edad mediana a la primera relación sexual, influyendo en altas posibilidades de un embarazo cuando apenas se inicia la vida sexual.²⁶ También persisten altas posibilidades de contraer una

²² Conapo, *Principales indicadores de salud reproductiva, Enadid 2009*, México, Conapo, 2011.

²³ *Idem*.

²⁴ Conapo, *Panorama de la fecundidad y la salud reproductiva en México*, México, Conapo, 2011.

²⁵ *Idem*.

²⁶ Conapo, *Principales indicadores..., cit.*

infección de transmisión sexual para las jóvenes, puesto que en 2009, 80% de las mujeres en edad fértil declararon que no habían usado ningún anticonceptivo en su primera relación sexual.²⁷

Para dar la puntilla al devastador escenario de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes mexicanas en esta década, baste agregar el aumento en la mortalidad materna en este grupo. Mientras que a fines del siglo XX la mortalidad materna de adolescentes se estimaba en 40 muertes por cada cien mil hijos nacidos vivos, en 2009 fue de cerca de 60 muertes por cada cien mil nacidos vivos. La muerte materna de adolescentes representa el 13.6% del total de defunciones asociadas al embarazo, aborto, parto y puerperio. La tasa de letalidad por aborto es tres veces más alta entre quienes no son derechohabientes de instituciones como el IMSS o el ISSSTE y se atienden en instalaciones de la Secretaría de Salud o mediante el seguro popular.²⁸ Además, las transiciones a la vida sexual, a la vida conyugal y al nacimiento del primer hijo son mucho más tempranas entre las adolescentes indígenas, las que residen en áreas rurales, las pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos y las de menor o nula escolaridad.²⁹

Entre las causas que subyacen en este estancamiento, persistencia de rezagos y polarización de las prácticas y la calidad de la atención entre diferentes grupos sociales durante esta década, se encuentra la disminución de recursos en materia de salud reproductiva, que ha incidido directamente en el desabasto de la oferta anticonceptiva institucional.³⁰ Adicionalmente, se anota la reciente falta de transparencia y rendición de cuentas sobre el destino y uso de los recursos para anticoncepción por parte de los gobiernos de las entidades federativas.³¹ Un desafío en la agenda legislativa para garantizar los derechos fundamentales es el diseño de regulaciones y controles que obliguen incluso a los gobiernos y a las instituciones estatales a respetar los recursos destinados a la salud reproductiva.

Otra de las causas se refiere a las nuevas orientaciones del sistema de salud. Las peores cifras sobre muertes maternas y sobre morbilidad mater-

²⁷ *Idem.*

²⁸ *Idem.* Conapo, *Panorama de...*, *cit.*; IPAS, *Amicus Curiae*, México, Ipas, 2011.

²⁹ Solís, Patricio *et al.*, “Las transiciones...”; Stern y Menkes, 2008; Espinosa, Gisela, “Maternidad indígena:...”, *cit.*; Camarena, Rosa María y Lerner, Susana, “Necesidades insatisfechas...”, *cit.*; Mier y Terán, Marta, “El proceso...”, *cit.*; Conapo, *Principales indicadores de salud reproductiva, Enadid 2009*, México, Conapo, 2011; Conapo, *Panorama de la fecundidad y la salud reproductiva en México*, México, Conapo, 2011.

³⁰ De acuerdo con la información existente, el 15% del gasto público en salud se dedicaba a planificación familiar en 1991, pero se redujo a 7.8% en 2008. Conapo, *Principales indicadores...*, *cit.*

³¹ *Ibidem.*

na resultante de partos, embarazos y abortos en años recientes, se presentaron entre personas que se atienden en el sistema público de salud, pero que no son derechohabientes de instituciones, sino que solamente acceden a establecimientos públicos a través de la Secretaría de Salud o del seguro popular.³² Las reformas estructurales del sistema de salud que buscaron descentralizar recursos, reducir el gasto público y ampliar la participación del sector privado en la salud subrogando servicios, no han logrado mejorar la salud reproductiva de los sectores de menores recursos, ampliando las desigualdades en acceso a la salud con calidad.³³ La concentración de la atención en salud de los sectores más vulnerables de la población en unidades del primer nivel de atención, además de ampliar las brechas sociales, impone también violencia simbólica sobre el personal de salud de menor jerarquía en la escala de las instituciones burocráticas. Quienes se desempeñan en el primer nivel de atención carecen de la experiencia y las condiciones de trabajo que les permitan atender las mayores necesidades y carencias en salud. Trabajan en tiempos muy limitados, con desabasto de insumos, debiendo cumplir metas irreales e instrucciones contradictorias que violan los derechos de las mujeres.³⁴

Una reformulación del marco jurídico que priorice los derechos sexuales y reproductivos debe buscar formas de revertir el condicionamiento de la autodeterminación de las mujeres y las jóvenes que causan las jerarquías sociales existentes, mediante acciones afirmativas. Debe evitar la reproducción de las desigualdades y el accionar discriminatorio dentro de las instituciones, propiciando una mayor asignación de recursos públicos para los grupos de la población que han sido más postergados en sus necesidades en salud reproductiva, y ampliando la formación en derechos humanos, en especial de los derechos de las mujeres y los adolescentes, entre todos los responsables del sistema y los que atienden la salud.

Finalmente, uno de los desafíos más complejos para garantizar los derechos reproductivos y sexuales, es el álgido, intenso y complejo debate presenciado en los últimos años en torno a la interrupción voluntaria del embarazo. Tanto en México como en numerosos países del mundo, se han visibilizado clara y rotundamente las diferentes condiciones de salud y so-

³² IPAS, *Amicus...*, *cit.*.

³³ Abrantes, Raquel y Pelcastre, Blanca, “La reforma del sector salud en México y la política de salud reproductiva: ¿agendas contradictorias o complementarias?”, en Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, *cit.*, t. II, 2008, pp. 255-301.

³⁴ Abrantes, Raquel y Pelcastre, Blanca, “La reforma...”, *cit.*; Camarena, Rosa María y Lerner, Susana, “Necesidades insatisfechas...”, *cit.*

brevivencia para las mujeres que provocan los marcos legales restrictivos sobre la interrupción de los embarazos. Se trata de marcos legales impulsados por grupos con gran poder económico que se basan en posiciones dogmáticas, religiosas y conservadoras. Este tipo de regulaciones —y los grupos de poder que buscan imponerlas—, obstaculizan o impiden totalmente ejercer el derecho a decidir, aun en situaciones legalmente permitidas. Las condiciones son muy diferentes frente a marcos legales permisivos, con posiciones sustentadas en la libertad de conciencia y la autonomía de las mujeres para decidir si tener hijos o no, cuándo y con quién tenerlos.³⁵ El respeto y la protección de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres salvan vidas y promueven la justicia social. La responsabilidad y obligación de las instancias legales, jurídicas, médicas y educativas de un Estado laico y democrático, requieren responder reduciendo la desigualdad social, la discriminación, la violencia y la negligencia que sufren las mujeres en esta materia.³⁶

Con la excepción del Distrito Federal desde 2007, México tiene un marco legal restrictivo y punitivo en la materia, que atenta contra las libertades y los derechos humanos de las mujeres, en especial las que se encuentran en condiciones de pobreza, de subordinación de género y de exclusión de servicios de salud privados de buena calidad. Esta legislación restrictiva no reduce los abortos clandestinos, cuya tasa ha tendido a aumentar en los últimos años,³⁷ ubicándose México entre los países con las más altas tasas del mundo.³⁸ Los riesgos para la salud aumentan a raíz de la legislación restrictiva, especialmente para las mujeres adolescentes y jóvenes y para quienes no tienen acceso a una atención médica adecuada. En 2005, la leta-

³⁵ Juárez, Fátima *et al.*, “Estimates of induced abortion in Mexico: what’s changed between 1990 and 2006?”, *International Family Planning Perspectives*, 2008, pp.158-168; IPAS, *Amicus...*, *cit.*

³⁶ A nivel regional e internacional son innumerables las instituciones que documentan la situación del aborto en el mundo y que plantean recomendaciones de legislación que respeten la libre decisión de las mujeres para reducir las consecuencias del aborto inseguro. Entre ellas cabe mencionar, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud, la organización de las Naciones Unidas, Amnistía Internacional, el Parlamento del Consejo de Europa, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Guttmacher Institute.

³⁷ Juárez, Fátima *et al.*, “Estimates of...”, *cit.*

³⁸ Según las estimaciones, para la última década del siglo XX la tasa de aborto inseguro (en condiciones clandestinas, inadecuadas y por personal no capacitado) en el mundo es de 14 abortos por mil mujeres; destacando las fuertes diferencias entre países desarrollados y en vías de desarrollo (2 y 16 respectivamente), siendo la región de América Latina y el Caribe la que tiene mayor tasa (29 contra 3 en Europa), (Guillaume y Lerner, 2007 y Guttmacher Institute, 2009. En México la tasa se estima para 2006 en 33 abortos por cada mil mujeres en edad reproductiva (15-44 años) (Juárez, Fátima *et al.*, *cit.*).

lidad por aborto inseguro en México era cien veces superior a la de Estados Unidos, medida en número de muertes sobre número de hospitalizaciones por complicaciones de aborto inducido.³⁹ A su vez, los datos de la ENADID 2006 documentan que las mujeres más pobres, las menos educadas y las indígenas tienen nueve veces más probabilidad de tener un aborto inseguro que las mujeres con recursos económicos, las más educadas y las que no son indígenas. De igual manera, las mujeres que residen en los estados de mayor marginalidad tienen más riesgo de un aborto inseguro, y son los contextos donde hay una mayor proporción de mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos.⁴⁰ En nuestro país, son nuevamente las mujeres adolescentes y jóvenes⁴¹ las que recurren con mayor incidencia a interrumpir voluntariamente un embarazo imprevisto, siendo también las que menos acceso tienen a una gama amplia de métodos anticonceptivos reversibles y efectivos de manera gratuita.

Entre algunas de las principales consecuencias de un marco legal restrictivo o totalmente penalizado, podemos mencionar: a) la permanencia de un alto número de abortos inducidos. Éstos se reducen con mucho en países cuyas legislaciones son más liberales;⁴² b) el surgimiento de un mercado clandestino y de auto-abortos con procedimientos de alto riesgo; c) los abortos clandestinos inciden en un mayor empobrecimiento de las mujeres y sus familias y provocan altos costos para los sistemas públicos de salud por la atención de sus consecuencias; d) la legislación restrictiva exagera las prácticas discriminatorias, de exclusión, de desigualdad genérica y, sobre todo, de injusticia e inequidad social mencionadas en el apartado anterior, pues son las mujeres de las clases más desprotegidas las que se ven obligadas a recurrir a procedimientos riesgosos, en condiciones clandestinas. Los sectores de ingresos medios y altos disponen de alternativas para obtener abortos seguros; d) la violación de los derechos humanos de las mujeres,

³⁹ Schiavon, Raffaella, “La salud pública y el aborto: la importancia de las evidencias científicas”, en Enríquez, Lourdes y Anda, Claudia de (coords.), *La despenalización del aborto en la ciudad de México. Argumentos para la reflexión*, México, PUEG-UNAM-IPAS-Gire, 2008, pp. 115-132.

⁴⁰ Sousa, Angélica *et al.*, “Exploring the Determinants of Unsafe Abortion: Improving the Evidence base in Mexico”, *Health Policy Plan*, 25 (4), 2010, pp. 300-310, véase la página en Internet <http://heapol.oxfordjournals.org>

⁴¹ De acuerdo con la información proporcionada por la Secretaría de Salud del D. F., 70% de las mujeres que recurrieron al ILE en los hospitales de salud del DF de abril 2007 a abril 2011, tenían menos de 30 años, y sobrepasa la proporción de mujeres de entre 18 y 24 años de edad. Lamas, “ILE: las cifras relevantes”, *Proceso*, México, Semanario de Información y Análisis, núm. 1799, 24 abril de 2011.

⁴² Juárez, Fátima *et al.*, “Estimates of...”, *cit.*; IPAS, *Amicus...*, *cit.*

pues la penalización y criminalización del aborto no sólo atenta contra los derechos reproductivos, sino también contra el derecho de las mujeres a la salud y a recibir una atención de calidad, con procedimiento de alta seguridad, y atenta contra el derecho a la libre decisión sobre el propio cuerpo.

A la luz de las adversas reformas constitucionales ocurridas recientemente en varias entidades federativas, hay que destacar que las mujeres que han sido privadas de su libertad, y a quienes se ha intentado castigar por homicidio con penalidades excesivas y discriminatorias, son todas pobres. Este hecho enfatiza la necesidad de una legislación federal actualizada que garantice los derechos reproductivos en todo el país. El reconocimiento de los derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y sus capacidades reproductivas disminuye la injusticia social y amplía el libre acceso a una gama de servicios seguros, gratuitos, accesibles y de calidad. Frena el mercado clandestino del aborto y sus consecuencias, y propicia una mayor equidad y responsabilidad compartida entre hombres y mujeres. Requiere programas de educación sexual, de prevención de riesgos y de respeto al derecho ajeno, y garantiza a las mujeres el derecho a decidir sobre su vida sexual y reproductiva, suscrito en la Constitución y en los diversos tratados internacionales asumidos por el Estado mexicano.

V. DESAFÍOS PARA LA AGENDA LEGISLATIVA

El panorama complejo y diverso de los derechos sexuales y reproductivos en México requiere una reformulación de la regulación jurídica que reafirme, contemple y adopte los siguientes principios a incluir en una nueva Ley de Población:

- Respetar, promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos que son parte de los derechos humanos de las mujeres y hombres, en particular de las y los adolescentes y jóvenes: derecho a la autonomía, a tener opciones y a ejercer decisiones en su vida reproductiva. El derecho a beneficiarse de los desarrollos científicos, el derecho a expresar su identidad de género y orientación sexual, el derecho a estar libres de estigma, discriminación, violencia, persecución y criminalización.
- Garantizar el derecho a embarazos y partos seguros y la atención oportuna, efectiva y de calidad de las emergencias obstétricas, en particular para la población en zonas marginales, con el objetivo de prevenir y evitar 80% de las muertes maternas que ocurren actualmente, así como

- prevenir y reducir de manera correlativa la morbilidad derivada de eventos obstétricos.
- Garantizar el derecho a información completa y actualizada para prevenir las infecciones de transmisión sexual, el cáncer de mama y el cáncer cérvico-uterino, así como el acceso gratuito y seguro a los servicios de salud y a los recursos e insumos requeridos para su detección, atención y tratamiento oportunos.
 - Garantizar el acceso universal, equitativo y gratuito a una amplia gama de métodos anticonceptivos de calidad, prefiriendo entre las adolescentes y jóvenes unidas y solteras los métodos reversibles que ellas puedan controlar por sí mismas, asegurando la confidencialidad, y recomendando y proveyendo los métodos que también brindan protección frente a la transmisión de ITS (condón femenino y masculino), así como la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia.
 - Asegurar el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Prever medidas que permitan proteger a las personas expuestas a relaciones sexuales involuntarias (sea por violencia familiar o social) de las consecuencias de esas relaciones. Promover el derecho a decidir sobre tener o no relaciones sexuales, y decidir cuándo, cómo y con quien tenerlas, así como el derecho a prevenir y el derecho a interrumpir las consecuencias no deseadas de esas relaciones.
 - Despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo en las 12 primeras semanas de gestación y garantizar servicios gratuitos, seguros y de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto en todas las entidades del país, logrando los mejores estándares de salud reproductiva. Despenalizar no implica imponer.
 - Derogar las leyes relacionadas con la prestación de servicios impuestos a los profesionales de la salud reproductiva que son ajenas a su quehacer, como la obligación jurídica de denunciar a mujeres que recurren a la interrupción del embarazo.
 - Incluir el derecho de las personas a ser atendidas en cuestiones de salud reproductiva por personal de su mismo sexo, que hablen o entiendan su lengua, y que respeten las diversidades culturales.
 - Fortalecer y adoptar acciones afirmativas y preventivas (discriminación positiva) para los grupos de la población social y culturalmente discriminados, que garanticen el pleno ejercicio de sus derechos reproductivos.

- Destinar los mayores y mejores recursos a los grupos de la población cuyas necesidades en salud reproductiva y cuyos derechos estén menos atendidos.
- Otorgar prioridad a los adolescentes, en particular asegurando el derecho de las mujeres adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados, confiables y confidenciales, acordes con sus necesidades y singularidades culturales, y que no requieran del consentimiento paterno o de su pareja.
- Promover y reforzar, en la currícula de formación del personal de salud en sus distintos niveles, la educación en derechos sexuales y reproductivos, así como en la perspectiva de género, el respeto a la interculturalidad, la diversidad y la autonomía decisoria de las personas, en especial de las mujeres y los y las jóvenes.
- Promover y garantizar que la población reciba información y educación precisa y fundamentada en evidencias científicas en materia de salud sexual y reproductiva, en relación con el aborto y los supuestos en que la legislación lo permite, así como que los profesionales de la salud y los encargados de impartir la justicia conozcan bien la legislación relativa al aborto y sus excepciones.
- Fomentar la transparencia, evaluación y monitoreo de la información, en particular del uso del financiamiento requerido, de las acciones programáticas implementadas por los diversos actores e instituciones que intervienen en la elaboración de políticas públicas, reformas y leyes en el campo de la salud sexual y reproductiva a nivel nacional, estatal y local.
- Asegurar el compromiso político en los diversos niveles de la administración pública para garantizar el acceso universal e integral a los servicios de salud y el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que deben enmarcarse en una cultura de legalidad y de justicia, de acuerdo con las normas internacionales sobre los derechos humanos y las que corresponden a un Estado laico y democrático. Un Estado democrático y laico no debe aceptar imposiciones de dogmas religiosos, ni moralidades derivados de creencias religiosas, de supersticiones e ignorancia.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- ABRANTES, Raquel y PELCASTRE, Blanca, “La reforma del sector salud en México y la política de salud reproductiva: ¿agendas contradictorias o complementarias?”, en LERNER, Susana y SZASZ, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, 2008, 2 ts.
- APARICIO, Ricardo, “Necesidades no satisfechas de anticoncepción: ¿una limitante para el ejercicio de los derechos reproductivos?”, en LERNER, Susana y SZASZ, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, 2008, t. I.
- ARIZA, Marina y OLIVEIRA, Orlandina de, “Género, clase y concepciones sobre sexualidad en México”, en LERNER, Susana y SZASZ, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, 2008, t. II.
- CAMARENA, Rosa María y LERNER, Susana, “Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural”, en LERNER, Susana y SZASZ, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, 2008, t. I.
- CASIQUE, Irene, “Actitudes hacia la reproducción y control de la fecundidad en las parejas mexicanas”, en LERNER, Susana y SZASZ, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, 2008, t. II.
- CONAPO, *Principales indicadores de Salud reproductiva, Enadid 2009*, México, Conapo, 2011.
- , *Panorama de la fecundidad y la salud reproductiva en México*, México, Conapo, 2011.
- GUTTMACHER INSTITUTE, *Abortion worldwide: A decade of uneven Progress*, Nueva York, Guttmacher Institute, 2009.
- ESPINOSA, Gisela, “Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres”, en LERNER, Susana y SZASZ, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, 2008, t. II.
- FREYERMUTH, Graciela y TORRE, Cecilia de la, “Inequidad étnica y tropiezos en los programas. Crónica de la muerte materna en Chiapas”, en LERNER, Susana y SZASZ, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, 2008, t. II.
- GÓMEZ, Adriana, “El derecho a la salud es un derecho humano y de ciudadanía”, 2011, contacto@observatorionegociosyliderazgo.cl

- GONZÁLEZ MONTES, María de la Soledad y CONTRERAS, Juan Manuel, “La violencia conyugal en la población derechohabiente del IMSS”, en LERNER, Susana y SZASZ, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, 2008, t. II.
- GUILLAUME, Agnes y LERNER, Susana, *El aborto en América Latina y El Caribe. Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*, Paris-Mexico, Centre Population et Développement-El Colegio de México-Les numériques du Ceped, 2007.
- GUTTMACHER INSTITUTE, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, Nueva York, Guttmacher Institute, 2009.
- IPAS, *Amicus Curiae*, México, Ipas, 2011 (mimeo).
- JUÁREZ, Fátima *et al.*, “Estimates of Induced Abortion in Mexico: what’s Changed Between 1990 and 2006?”, *International Family Planning Perspectives*, 2008.
- y GAYET, Cecilia, “El vih/sida: un nuevo reto para la salud pública”, en GARCÍA, Brígida y ORDORICA, Manuel (coords.), *Los grandes problemas de México. I. Población*, México, El Colegio de México, 2010.
- LAMAS, “ILE: las cifras relevantes”, *Proceso*, México, Semanario de Información y Análisis, núm. 1799, 24 abril de 2011.
- LERNER, Susana, y SZASZ, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, 2008, 2 ts.
- MIER Y TERÁN, Marta, “El proceso de formación de las parejas en México”, en RABELL, Cecilia (coord.), *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica*, México, El Colegio de México-UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, 2009.
- NACIONES UNIDAS, *Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development*, Nueva York, Naciones Unidas, 1994.
- ROJAS, Olga, “Reproducción masculina y desigualdad social en México”, en LERNER, Susana y SZASZ, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, 2008, t. II.
- SCHIAVON, Raffaella, “La salud pública y el aborto: la importancia de las evidencias científicas”, en ENRÍQUEZ, Lourdes y ANDA, Claudia de (coords.), *La despenalización del aborto en la ciudad de México. Argumentos para la reflexión*, México, PUEG-UNAM-Ipas-Gire, 2008.
- SOLÍS, Patricio *et al.*, “Las transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social”, en LERNER, Susana y SZASZ, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, 2008, t. I.

- SOUSA, Angélica *et al.*, “Exploring the Determinants of Unsafe Abortion: Improving the Evidence base in Mexico”, *Health Policy Plan*, 25 (4), 2010, véase la página en internet <http://heapol.oxfordjournals.org>
- SZASZ, Ivonne, “Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México”, en LERNER, Susana y SZASZ, Ivonne (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, 2008, t. I.
- y LERNER, Susana, “Salud reproductiva y desigualdades en la población”, en GARCÍA, Brígida y ORDORICA, Manuel (coords.), *Los grandes problemas de México. I. Población*, México, El Colegio de México, 2010.