UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDADXOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

Salud sexual y reproductiva, un enfoque de derechos en México: análisis documental

IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS
QUE PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN MEDICINA SOCIAL

PRESENTA
CINTHYA GÓMEZ LEÓN

DIRECTORA DE TESIS: DRA. ADDIS ABEBA SALINAS URBINA

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE DE 2022

ÍNDICE

Resumen	**1**
Introducción	**2**
Convergencias y paralelismos entre Foucault y los feminismos en torno a la sexualidad	**4**
Feminismos en la lucha por el reconocimiento de los DSR	**12**
Reflexión sobre la normatividad SDSR	**16**
Sistematización de documentos	**17**
Entretejiendo documentos	**21**
Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo (1994)	**21**
Cuarta Conferencia Mundial de Mujeres de las Naciones Unidas llevada a cabo en Beijing, en 1995	**22**
El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en 2013	**23**
Declaración de Nairobi sobre la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: Adelantando la promesa (2019)	**24**
Los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para la agenda 2030	**24**
La Constitución mexicana	**26**
Norma Mexicana 005 los servicios de planificación familiar, 1993	**27**
Ley General de Salud en el Capítulo VI "Servicios de Planificación Familiar" (2009)	**27**
Informe del CONAPO de la Situación de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2016)	**28**
Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad (2018)	**29**
Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes (2020)	**30**
Programa de Acción Específico (PAE). Salud Sexual y Reproductiva. 2020-2024	**30**
Documentos académicos	**32**
Declaración de los Derechos Sexuales de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) (1997)	**32**
La Comisión de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de Guttmacher-Lancet (2019)	**33**
Consideraciones finales	**36**
Referencias	**40**

Resumen

La discusión a nivel mundial sobre salud sexual y reproductiva con un enfoque de derechos es reciente, por tanto, es importante conocer su evolución global y nacional. En este artículo se revisaron documentos nacionales e internacionales a los que México se ha suscrito, para conocer la orientación de los actuales marcos normativos en los que se basa el diseño de políticas públicas, estrategias, planes y programas de Salud Sexual y Reproductiva que promueven los Derechos Sexuales y Reproductivos. Para comprender la determinación social y política de la sexualidad humana, se retoman algunos planteamientos de Michel Foucault, con ello se profundiza en el contexto sociohistórico de dichos escritos. Asimismo, se reflexiona sobre los aportes de las luchas feministas para evidenciar las desigualdades en SSR y DSR, y su influencia en la elaboración de documentos y acciones a favor de los derechos de las mujeres.

Palabras clave: Marco normativo, enfoque feminista, determinación, sexualidad, género

AUTORIZADO

DRA. ADDIS ABEBA SALINAS URBINA

Introducción

Resulta imprescindible abordar la problemática de la sexualidad desde la determinación social y política de la salud, en tanto que condiciona el proceso de salud-enfermedad-atención; ello impide dejar de lado el correlato histórico, político y cultural, imprescindibles en el enfoque médico social.

Para iniciar la discusión sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) y la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), es necesario comprender parte de los orígenes en los que se ha cimentado la complejidad de la sexualidad. Por lo que se hizo un recorrido por la arqueología de la sexualidad, planteada por Foucault, quien nos ofrece un relevante marco histórico que merece la pena retomar.

En términos generales, Foucault pone sobre la mesa diversos temas relevantes para este trabajo, tales como: la idea de la mujer como un objeto de apropiación total del hombre; el matrimonio como contrato económico y de continuidad genética masculina, la heteronormatividad, la presencia o no del placer en las relaciones sexuales, así como la sexualidad en el campo de la medicina, en la filosofía y en la moral.

A pesar de que Foucault no tenía como propósito evidenciar las condiciones de desigualdad e injusticia para las mujeres, sus reflexiones nos invitan a analizar estos aspectos desde el marco político que brindan los estudios feministas.

En este sentido, quienes han cuestionado de manera recurrente y urgente las diferentes formas en las que las mujeres han sido violentadas, discriminadas, juzgadas y apropiadas a través de las concepciones sobre la sexualidad y la función reproductiva son los movimientos feministas. Debates y luchas que han sentado las bases para reformular los documentos internacionales a los que México, entre otros países, se ha suscrito y ratificado (Bosch y Ferrer, 2013).

A partir de este abordaje, el objetivo de este escrito es reflexionar sobre las desigualdades e inequidades en torno a los DSR que pueden evidenciarse en los documentos que rigen la normatividad en este ámbito a nivel global. Así, este trabajo, se presenta en dos secciones, la primera se denomina “Convergencias y

paralelismos entre Foucault y los feminismos en torno a la sexualidad" y la segunda "Reflexión sobre la normatividad de la Salud Sexual y Reproductiva".

En la primera sección, se hace un recorrido, por la obra de Michel Foucault sobre la historia de la sexualidad, con el fin de recuperar el contexto en el que se entrelazan, producen y reproducen las relaciones erótico-afectivas de las personas a nivel histórico, social, cultural y político. En su obra se vislumbran los orígenes de estas relaciones, la complejidad implícita en torno a la sexualidad y su transformación según el sistema económico, social y político del que provienen (Foucault, 2009). Los planteamientos de este autor se vincularán con las reflexiones de los movimientos feministas, específicamente los que pugnaron por el reconocimiento de los DSR. Hay que destacar que, la lucha de las mujeres además de brindar un marco de análisis para evidenciar la desventaja en la que se encuentran, también redime el sentir, las voces, necesidades y derechos históricamente negados e invisibilizados de las mujeres, entre estos los DSR aún ignorados por el Estado, por la sociedad y distantes de los marcos culturales y religiosos. En este contexto han sido las mujeres y las comunidades de la diversidad, quienes se han dado a la tarea de visibilizarlos en las agendas internacionales con avances muy desfasados y desafiantes.

En una segunda sección, en este documento, se presenta una serie de documentos nacionales, internacionales y académicos, los cuales han sentado las bases de operación y normatividad, en materia de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR), en el país.

Convergencias y paralelismos entre Foucault y los feminismos en torno a la sexualidad

En esta primera sección habrá que comprender un poco más sobre el tema de la sexualidad desde la interpretación que hace Foucault a propósito del desarrollo del pensamiento moral, filosófico, ontológico y científico que los griegos y romanos plasmaron en sus obras. Ello posibilita tener una noción histórica de la complejidad

que ha representado la sexualidad y el placer hasta el presente en la cultura occidental.

En este sentido, para los griegos la conducta sexual se basaba en la dinámica que unía de forma circular al deseo que lleva al acto, mismo que se vincula con el placer y éste de regreso al deseo. La cuestión ética denotaba la fuerza con la que las personas se dejan llevar por los placeres y los deseos. En comparación con el latín, en el griego había una gran gama de palabras para designar las conductas, las acciones o gestos referentes a la sexualidad[1] (Foucault, 2011).

Una de las obras que sirvió de referente en las diversas formas de relaciones sexuales fue la "Clave de los sueños" de Artemidoro[2], en ésta analizó los sueños sexuales y los dividió en tres categorías: la primera se basaba en el sueño de relaciones sexuales permitidas conforme a la ley, es decir, las relaciones en el matrimonio y el adulterio (solo aprobado para los hombres con amantes, prostitutas o esclavos) y la masturbación. La segunda, era todo aquello que no estaba permitido por la ley, a saber; el incesto y las relaciones entre padres e hijos; un caso específico: si un progenitor soñaba con tener relaciones con su hijo o hija se interpretaba como una situación desfavorable, mucho más grave si se trataba de un menor de cinco años. La severidad de la interpretación recaía en el placer que manifestaba el que soñaba, pero lo peor moralmente era la relación entre madre e hijo, aunque esta última podría significar algo favorable porque la madre hacía alusión a la patria, tierra fecunda y a la vida. En la tercera categoría estaban los actos que iban en contra de la naturaleza, así, en el acto sexual, la posición natural era del hombre encima de la mujer, cara a cara, pero en el comercio sexual era posible recurrir a otras posiciones, mismas que pueden llevar al exceso y a la embriaguez. Asimismo, el sexo oral era reprobable, amoral y horrible. También se

[1] Según Foucault (2011) los griegos usaban comúnmente el término *aphrodisia* para designar los actos, gestos, vínculos que dan placer.

[2] Artemidoro (citado en Foucault, 2011) fue un intérprete profesional de sueños en el siglo II d.C. En su obra dedica cuatro capítulos a la interpretación de las relaciones sexuales en los sueños. La interpretación de los sueños en la época clásica era una forma de representar la existencia, puesto que en estos había mensajes o signos del porvenir. Así, este análisis era esencial para la vida tanto en lo referente a acontecimientos importantes, como en lo cotidiano. Artemidoro, en sus interpretaciones, tomaba en cuenta la clase a la que pertenecía la persona con base en su edad, si tenía negocios, si era político, si intentaba casar a sus hijos, si estaba en amenaza de quiebra, etcétera.

encontraron otras formas no naturales de relaciones sexuales, como el sexo con los dioses, con los animales, con cadáveres, entre dos mujeres[3] y consigo mismo[4] (Foucault, 2011).

El texto de Artemidoro, es en suma interesante en tanto que, a partir de lo onírico categorizó de forma arbitraria lo natural y lo antinatural de la sexualidad. En este sentido lo natural se entiende como aquello que dicta la ley y lo antinatural hace referencia a lo que está afuera o al margen y, que se agrava según el nivel de placer que se sienta, si éste aumenta más severo es el problema o la anomalía en la persona. Dicha clasificación, más allá de servir para pronosticar el porvenir, funcionó en términos Foucaultianos como dispositivo de poder en el que a través de un hecho entre inconsciente y preconsciente, sirve para normalizar o castigar conductas; es decir, las personas tendrán que ser muy vigilantes de sí mismas para no cometer actos ilícitos hasta en sus propios periodos de inconsciencia.

En cuanto al control que se ejerce en una relación sexual, hay un juego de poder y superioridad, dependiendo de la posición que adquiriere cada uno en la relación, sería la de dominio o victoria, el que penetra, y la de sumisión o derrota, el que fuera penetrado[5]. Así, en la relación sexual, el papel activo, según Aristóteles era del hombre, por la conducta de penetrar. Mientras que el papel pasivo, de compañero-objeto, era por naturaleza de las mujeres (muchachos o esclavos). El acto sexual podía realizarse de manera violenta pues el rol pasivo, de las mujeres, de los muchachos o de los hombres penetrados, los reducía a objeto de placer (Foucault, 2011). En este sentido las relaciones de subordinación que el hombre ejerce sobre las mujeres, las niñas, los hombres no dominantes, las personas no heterosexuales, es un patrón que ha perdurado a través del tiempo.

Para los griegos, ni el acto sexual, ni el placer eran malos, en tanto naturales y necesarios, ya que, gracias a estas prácticas la humanidad había trascendido. Sin

[3] Es contra natura porque la mujer asume el papel del hombre (Foucault, 2010).
[4] No se trata de la masturbación, sino de la penetración del propio sexo o de su absorción por la boca (Foucault, 2010).
[5] No hay que perder de vista que Artemidoro (citado en Foucault, 2010), realizó estas descripciones basado en las costumbres y la vida del segundo siglo d.C. Realidad fuertemente influenciada por la figura masculina y su papel viril en las relaciones sexuales; en la que el matrimonio era muy valioso porque servía para los placeres sexuales, donde el casado tenía la posibilidad de tener amantes, esclavos y prostitutas. Además, se daban por sentadas las relaciones entre hombres.

embargo, por muy naturales que fueran estos, no escapaban de la moral porque se consideraba que las formas más inmorales de realizar la *aphrodisia* era asumir el rol pasivo (en los hombres libres y adultos) e incurrir en los excesos.

Si bien, el régimen de las relaciones sexuales era complejo, no se tenía que exagerar su importancia puesto que "El acto sexual no es un mal, aunque representa un foco permanente de males posibles" (Foucault, 2010:160). Entonces, la sexualidad va más allá del hecho biológico de la reproducción, quizá sea lo menos importante, para comprenderse desde la subordinación, la dominación masculina y las prácticas heteronormativas.

En cuanto a las distintas nociones en torno a la práctica sexual, en los dos primeros siglos d.C. los filósofos, políticos, poetas, médicos, desarrollaron *grosso modo*, la desconfianza de los placeres, las consecuencias de los excesos de esta práctica en el cuerpo y el alma; el valor del matrimonio y sus obligaciones; del amor entre hombres y de la austeridad sexual[6]. Siglos más tarde, los cristianos, católicos, y miembros de otras religiones, copiaron muchas ideas, justificaciones o argumentaciones en torno a las prácticas sexuales, tal como se concebían en los dos primeros siglos d.C., no obstante, estas réplicas no tendrán sustento en la visión griega, ni en su forma de concebir la relación entre los cuerpos, el ambiente, la política, el amor, la división social y económica que organizaba la vida de las personas en ese momento histórico. Por lo que cabría preguntarse cómo este modo de vida que atraviesa la sexualidad, a saber, la monogamia y la reproducción; más allá de parecer descontextualizado y carente de sentido, ha permanecido por siglos en el modo de vivir de las personas en diferentes épocas y ámbitos socioculturales.

Aquí, es relevante considerar el análisis que Foucault hace respecto a los mecanismos de poder y su relación con el saber, en el que existe una perpetua articulación; es decir, el ejercicio de poder crea objetos de saber, los hace surgir y los utiliza. Este dominio se apropia del cuerpo a través de los mecanismos

[6] Foucault (2010) menciona que, los historiadores coinciden en que se trataban estos temas de austeridad sexual en una sociedad percibida por sus contemporáneos como de poca moral y de costumbres corruptas.

disciplinarios que se encuentran insertos en la familia, la escuela o en la milicia (Foucault, 1992).

Así, el control se ejerce a través de la normatividad, misma que se sirve de las tecnologías de poder, con las cuales se consigue que un cuerpo individual o social sea idóneo o normalizado (Granados, 2014).

En este mismo orden de ideas, la sexualidad más que un territorio individual o íntimo, responde a una construcción social y política que ha sido históricamente normada por diversas instituciones para alinear y regularizar conductas, lo cual ha provocado diversos efectos en el proceso salud-enfermedad (embarazos no deseados, muertes maternas, infecciones de transmisión sexual (ITS), discriminación a las sexualidades diversas); una de las formas en las que se expresa dicho proceso es en la inclusión y exclusión social de los otros cuerpos; es decir dicho proceso está determinado social y políticamente, en tanto que para explicarlo no son suficientes los hechos biológicos, es necesario aclarar cómo está articulado en el proceso social (Granados, 2014). En relación con la salud en general, Laurell (1982) señala que "*El carácter simultáneamente social y biológico del proceso salud enfermedad no es contradictorio, sino que puede ser analizado con metodología social y biológica, dándose en la realidad como un proceso único*" (p.8).

En un sentido más amplio, la noción de determinación social es una herramienta de análisis crítico cuyos aportes son necesarios para comprender cómo se articulan las tecnologías de poder para normar la sexualidad y así, excluir a quienes se salgan o se encuentren al margen de este orden social. El matrimonio es uno de estos instrumentos de control bajo el cual se regulariza la conducta sexual y las relaciones de subordinación de la mujer con respecto al hombre, desacreditando cualquier otra forma de unión, de aquí el interés de hacer una breve revisión de sus orígenes.

En la época helenística, los padres de las mujeres no intervenían tanto en las uniones. El compromiso de ellas contemplaba obediencia al esposo, no salir sin permiso del marido, no tener ninguna relación con otro hombre, conservar el hogar y honrar al cónyuge. Mientras que el compromiso de ellos era mantener a la esposa,

no llevar a vivir a su casa a la concubina, no tener hijos con otras mujeres y no maltratar a la mujer. Posteriormente, los contratos incluían no tener amante u otra casa, en este caso, el hombre sería tan exclusivo como la mujer [7] (Foucault, 2010).

Para Aristóteles y Demóstenes, la mujer no tenía virtud en sí misma, se la reconocía por su compromiso con un hombre, es decir; entre él y ella existía una relación política, semejante al gobernante y al gobernado, en la que él asume la virtud de mando y ella la virtud de subordinación. Demóstenes hizo un famoso aforismo: "Las cortesanas existen para el placer; las concubinas, para los cuidados; las esposas, para tener una descendencia legítima y una fiel guardiana del hogar. La mujer fue y será un ser inferior al hombre, por lo tanto, la justicia no puede ser la misma para ambos (Foucault, 2011: 155-195). Así, las relaciones sexuales premaritales o extramaritales son toleradas en los hombres y estigmatizadas en las mujeres (Hernández y González, 2016).

Dichos principios de austeridad sexual en el matrimonio no han cesado durante siglos (Foucault, 2010). En este sentido, esta unión funcionó como dispositivo de control masculino sobre las mujeres que aseguraba además del mantenimiento del grupo familiar, la reproducción de este orden social, situaciones que se afianzaron con el contrato civil y religioso

Ni en Roma, ni en Grecia existía la necesidad del poder público para certificar la unión, puesto que se trataba de una llamada "transacción privada" en la que el padre transfería a la futura esposa, es decir, se trataba de un intercambio entre dos jefes de familia. Estas prácticas, desafortunadamente, no han sido erradicadas independientemente de la zona del país, del entorno rural o urbano, o del nivel socioeconómico. La evolución de lo privado a la institución pública estuvo mediada por las ceremonias religiosas, lo cual ya se llevaba a cabo antes de la era cristiana.

Al respecto, en Roma se establecieron una serie de medidas legislativas, entre ellas: la Ley del Adulterio que condenaba a la mujer por estar con un hombre que no fuera

[7] En el Imperio, el papel de ella y él estaban definidos y se asentaban en el buen entendimiento y el corazón, de esto nace: "La pareja del amo y la ama de casa" (Foucault, 2010:88).

su marido, también reprobaba al hombre que se relacionaba con una mujer casada[8]. Antes de dicha ley, las sanciones correspondían al poder familiar[9] (Foucault, 2010).

Asimismo, Iscómaco, en el 300 a.C., sostenía que el matrimonio[10] era de origen disimétrico, puesto que el hombre decidía por sí mismo; por ella, lo hacía la familia. El marido proveía y la mujer gestionaba el gasto, además de que la naturaleza la dotaba de cariño para educar a los hijos y estos a su vez eran quienes cuidarían a los padres cuando estos envejecieran (Foucault 2011).

Lo que se deja ver en este recorrido es que la sexualidad para Foucault, de acuerdo con Alcántara y Amuchástegui (2018), es un dispositivo compuesto por las relaciones de poder y saber, cuyos ejes de articulación dependen del momento histórico, del contexto social y cultural, de las instituciones, entre otros. Estas relaciones de poder y saber producen subjetividades y se asientan en las identidades. Así, el dispositivo de la sexualidad no se ocupa de las prácticas individuales, sino de toda la población para poder administrar dicho dispositivo y para ello son necesarios los discursos de la medicina, psicología, psiquiatría, moral, criminología, sexología, demografía, etcétera, puesto que ostentan aparentes verdades acerca del sexo a través de los procedimientos científicamente aceptados. Además de estas disciplinas, la familia, la iglesia y el Estado son las instituciones encargadas de reproducir, avalar y regular estos discursos sobre la sexualidad.

Entre estos dispositivos está el modelo monogámico, familiar, heteronormado que tuvo predominio y definió los comportamientos sexuales. Asimismo, se pone en la palestra el tema de la sexualidad infantil, la sexualidad en la locura, en los criminales y la sexualidad no heterosexual. En este periodo, siglo XIX, se origina la fisiología de la sexualidad y la medicina de la sexualidad, la primera se desarrolló en torno a

[8] Más allá de los nacimientos fuera del matrimonio, no había, en realidad, una justificación para prohibir a los hombres exclusividad sexual con la esposa (Foucault, 2010)

[9] Veyne, citado en Foucault (2010), comenta que en las sociedades paganas el matrimonio solo servía para heredar el patrimonio a los hijos, es decir, se trataba de una política de castas, de las clases altas. En las clases bajas, los motivos eran muy contradictorios porque el matrimonio le otorgaba al hombre más manos de trabajo, la mujer y los hijos, pero carecía de dinero para poder mantener a la familia.

[10] El buen matrimonio es aquel que además de ser conveniente, da los más bellos y mejores hijos para beneficio de la ciudad. En este sentido se deberán limitar las relaciones sexuales al matrimonio, no por deber de la relación conyugal, sino por el equilibrio que debe guardarse en la ciudad, en la moral y por la necesidad de una raza sin hijos no legítimos (Foucault, 2011:186).

la normativa científica y la última fue posible por el hecho de incorporar el ritual de la confesión en un marco de una ciencia médica (Castro, 2014).

La confesión, es otro ejemplo de dispositivo puesto que fue un instrumento mediante el cual se exploró la conducta y el pensamiento sexual normado bajo los criterios arriba detallados y por ello, conviene describirla. En Europa, en el siglo XIX, hubo cinco circunstancias por las cuales se llegó a la confesión sexual de manera científica. La primera se refiere al "hacer hablar" a través del interrogatorio; los cuestionarios; la hipnosis; la asociación libre para llegar a esa verdad. Dichas técnicas fueron aceptadas por la ciencia. La segunda se trata de la causalidad general y difusa. No había enfermedad que no tuviera, al menos en cierta medida, una causa sexual. En la tercera se pensaba al sexo como algo oscuro, cuyos mecanismos de funcionamiento eran ocultos, por lo que, la confesión era muy difícil. La cuarta es la interpretación, y la quinta, la medicalización, como dispositivo de poder, en la que el pecado trasciende a la noción de lo normal a lo patológico; es decir, ya se concibe la enfermedad en el terreno sexual. De esta manera, la confesión se hace necesaria en tanto que, se obtiene un diagnóstico que eventualmente llevará a una cura (Foucault, 2009). En este aspecto, los griegos no tenían tan acabado este sistema confesional, pero sí tenían la noción de que las conductas sexuales frecuentes o antinaturales (ya se describió en qué consisten) abrirían la puerta a los males, lo que se podría interpretar como males del alma que llegarían a ser dañinos para el cuerpo y la psique; por lo tanto, se necesitaría de remedios o del cambio del modo de vida. Planteamientos que están vigentes en nuestros sistemas de salud, ejerciendo control absoluto sobre la sexualidad, sobre todo de las mujeres; dado que, se les cuestiona sobre el número de parejas sexuales, se les culpabiliza si eligen no tener descendencia, pero también se les señala (denominándolas mujeres añosas) si sobrepasan el límite de edad considerado "adecuado" para la reproducción; el poder médico se apropia del cuerpo femenino e impone la normalidad en todas las conductas sexuales.

El siglo, XIX, se caracterizó por la represión, en las denominadas sociedades burguesas, de lo que hasta la fecha no nos hemos liberado por completo. En la

época victoriana, el quebrantar los mandatos de familia conyugal o buscar placeres no hegemónicos, implicaba una condena para las mujeres que eran llevadas al psiquiatra por posibles diagnósticos de histeria e ingresadas a un manicomio para su rehabilitación. Caso contrario para los hombres, a ellos no se les cuestionaba, ni castigaba, ni se patologizaba su vida sexual, aun cuando fueran frecuentes las relaciones heterosexuales fuera del matrimonio, estas existían (aún existen) en lugares específicos, permitidos por todos los gobiernos (aun cuando sea legal o no la práctica) llamados burdeles. Situación que los tribunales no condenaban, lo que sí se castigaba era la homosexualidad, los casamientos no consentidos por las familias, el hermafroditismo y todo lo que se encontraba fuera de la heteronorma (Foucault, 2009). Este siglo marca, en gran medida, la visión que aún se tiene de la sexualidad en el mundo occidental, y que a la vez sirvió de referente en la toma de decisiones de los gobiernos y sus instituciones.

Así, el sexo se convirtió en un blanco de control del Estado que se gestionaba a través de discursos públicos; es decir, el sexo se posicionaba en el centro de los problemas económicos y políticos, en tanto que, se analizaba la natalidad, la edad de casamiento, los nacimientos legítimos e ilegítimos, la frecuencia de las relaciones sexuales, las prácticas anticonceptivas tradicionales. Por vez primera, se aseguró que el futuro de una sociedad estaba asociado, no nada más al número de ciudadanos, a los matrimonios o a la constitución de las familias, sino a la conducta sexual de la gente (Foucault, 2009).

Estos antecedentes sirven para ubicar las transformaciones en el tiempo y a qué poderes, objetivos e instituciones responden los planteamientos en torno a la salud reproductiva y sexual. En este sentido, Foucault brindó un marco histórico de la sexualidad que merece la pena retomar para entender los orígenes de las problemáticas actuales; es decir: 1) La mujer como propiedad del hombre y como ente meramente reproductivo; 2) El deseo como una paradoja de salud/patología y de la virtud/pecado; 3) El matrimonio como contrato de monogamia femenina para asegurar la descendencia legítima del hombre; 4) Las relaciones sexuales

heteronormadas y 5) El aborto como discusión jurídica, masculina, médica y religiosa.

Cuando el Estado y sus instituciones asumieron tener el perfecto control de las personas, se gestaron grupos opositores comandados por mujeres que se negaron, desde siglos atrás, a vivir bajo este dominio y control absoluto de sus cuerpos, su sexualidad y concretamente de sus vidas, lo que revisaremos en el siguiente apartado.

Feminismos en la lucha por el reconocimiento de los DSR

Los movimientos feministas han hecho visibles y denunciado el rechazo, la exclusión y la discriminación en materia de salud sexual y reproductiva. También han tenido un papel protagónico al poner el tema en las agendas políticas internacionales y nacionales, hecho que ha llevado a su reconocimiento en el marco jurídico, social, sexual, individual y económico.

Estos posicionamientos han generado las condiciones para ejercer el derecho a decidir libremente sobre la autonomía corporal y la autodeterminación en todos los ámbitos de la vida cotidiana.

En los movimientos feministas, el reconocimiento de los derechos ha tenido fluctuaciones, dependiendo del momento en el que se han visibilizado: las violencias, la opresión, o los DSR, es decir, el predominado de uno sobre otro. No obstante, según Lagarde (1997), la autonomía ha sido un tema siempre presente en la agenda feminista desde hace dos siglos.

Los orígenes de la autonomía se sitúan históricamente con la decapitación de Olimpia de Gouges[11], cuyo acontecimiento servirá de punto de partida para la lucha por los derechos específicos de las mujeres que puedan asegurar la libertad y así la autonomía.

[11] Nacida en 1748 en Francia fue luchadora por la igualdad, a favor de los derechos de las mujeres y autora de la Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana en 1791, en la que enuncia "Hombre, ¿eres capaz de ser justo? Una mujer te hace esta pregunta; por lo menos no le privarás ese derecho. Dime, ¿qué te da imperio soberano para oprimir a mi sexo? ¿Tu fuerza? ¿Tus talentos? […] (CNDH, 2018).

Entonces, la autonomía se plantea como histórica porque habrá que analizar las condiciones de las personas dentro de determinada sociedad cultura y poder; en lo social y en lo simbólico. Aunado a lo anterior la autonomía se construye y debe ser planteada desde lo individual, institucional y desde los movimientos sociales. También deberá ser reconocida, apoyada socialmente y hacerla operativa. Para vivirla, también se requieren las suficientes condiciones económicas, así como de la transformación de la sexualidad a nivel erótico y procreador, puesto que estos dos ejes han sido las principales vías de control sobre la sexualidad en las mujeres. A saber, la autonomía es un pacto político (Lagarde, 1997).

Es en la modernidad que la autonomía se enuncia como derecho. No obstante, la crítica planteada es que las mujeres no alcanzan a ejercerla, en tanto que se les educa a ser felices bajo la opresión: se les subordina, subsume y están sujetas a ser para los demás; *"cuerpo erótico para el placer de otros, cuerpo estético para el goce de los otros; cuerpo nutricio para la vida de otros, cuerpo procreador para la vida de los otros"* (Lagarde, 1997, p. 36). Por lo que, se hace más evidente la contradicción de las mujeres: creer el discurso de la igualdad, sin tener las condiciones para ejercerla.

De acuerdo con la CEPAL (2021) para alcanzar la autonomía es necesario tener el control sobre los bienes materiales, recursos intelectuales, tomar decisiones sobre la propia vida, sobre la vida sexual e integridad física. No obstante, en el nivel reproductivo, el sistema sexo-género obstaculiza la autonomía física. Al respecto, el Observatorio de América Latina y el Caribe en Trinidad y Tobago, señala que una de cada diez adolescentes de 15 a 19 años es madre, lo que podría ser producto de falta de acceso a métodos anticonceptivos, falta de servicios de SSR, incapacidad para tomar decisiones o de negociación con la pareja. Dicha incapacidad, de toma de decisiones, se vincula con la falta de integridad y autonomía corporales (UNFPA, 2021).

Aun cuando en numerosos países existan garantías constitucionales en materia de igualdad de género, las mujeres en promedio solo gozan del 75% de los derechos jurídicos de los hombres, según el Secretario de las Naciones Unidas (2020, citado

en UNFPA, 2021). Y la autonomía corporal es esencial para el disfrute de los derechos humanos.

De igual manera, resulta indispensable nombrar a algunas de las figuras clave que, en su tiempo, tuvieron a bien reconocer las necesidades sentidas de las mujeres, en cuanto a la lucha por la SSR y los DSR.

A principios del siglo XX, Alexandra Mijáilovna Domontovich, mejor conocida como Kollontai, apellido del que fuera su marido, fue una de las pioneras que puso el foco de atención en las demandas de las mujeres para ejercer sus derechos en torno a su vida sexual y reproductiva[12]. Adelantada a su tiempo[13], integrante del primer partido bolchevique, primera mujer embajadora rusa en Oslo, defendía el amor libre, el aborto legal, y la paridad del salario; pero lo más importante, deseaba revolucionar la vida de las mujeres no solo en el sentido económico sino en el sentimental y psicológico (Kollontai, 2020).

En la misma época, Emma Goldman de origen ruso, radicada desde joven en Estados Unidos, fue reconocida por su anarquismo norteamericano, fue enfática al señalar que más allá de las urnas, la emancipación real de las mujeres estaba en el alma y que el movimiento sufragista no tenía que ver con la verdadera lucha de la clase obrera, puesto que el voto solo servía para mantener el sistema de privilegios. Asimismo, señaló[14] que la opresión de las mujeres radicaba en la sexualidad. En marzo de 1915, en el *Sunrise Club* de Nueva York, frente a un grupo de 600 personas enseñó la manera de usar un anticonceptivo masculino, hecho sin precedentes que originó su arresto (Varela, 2013).

---

[12] De Autobiografía de una mujer emancipada Julio de 1926 *"Entonces tuve la posibilidad de consagrarme por entero a mi objetivo: el movimiento revolucionario de Rusia y el movimiento obrero de todo el mundo. Amor, matrimonio, familia, todos eran fenómenos subordinados y pasajeros. Estaban allí, y de hecho se han seguido infiltrando continuamente en mi vida; pero por grande que fuera el amor por mi esposo, en cuanto transgredía ciertas fronteras vinculadas con el espíritu de sacrificio femenino, el sentimiento de protesta volvía a estallar en mí […] El año 1905, fecha en que estalló la llamada primera revolución en Rusia tras el célebre Domingo Sangriento, ya me había hecho un nombre en el campo de la literatura económica y social."* (Kollontai, 2020:73 y 74).

[13] Dado que sus planteamientos fueron puntos centrales en el feminismo radical de la tercera ola.

[14] "En esta nueva sociedad que soñaba, la "mujer nueva" sería capaz de tomar sus propias decisiones tanto en el ámbito personal como civil. Sus elecciones sexuales vendrían motivadas por una perfecta salud espiritual y física, donde sólo fueran válidos el amor y el placer. La maternidad sería también una elección libremente escogida. Ni el Estado ni la religión decidirían sobre un asunto que pertenecía a la más absoluta y responsable libertad personal (Bosch y Ferrer, 2013: 220.)

Entre los sesenta y setenta se desarrolla el feminismo radical al que se le reconoce el abordaje de los asuntos más complicados: los derechos sexuales y reproductivos. En ese momento, los aspectos coyunturales sobre estos temas eran la separación de la libertad sexual del ámbito reproductivo y la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos, debido a que la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos estaban prohibidos en muchos países. Se inició la defensa por la maternidad deseada y se abrió un panorama distinto cuando se dio a conocer que el placer femenino no solo se alcanzaba con la penetración vaginal sino a través de la estimulación del clítoris. A mediados del siglo XX, Kate Millett escribió su tesis doctoral "Política sexual" y señaló "[…] *Aun cuando hoy día resulte casi imperceptible, el dominio sexual es tal vez la ideología más profundamente arraigada a nuestra cultura para cristalizar en ella el concepto…de poder*" (Varela, 2013: 112,113).

En este sentido, los Derechos Reproductivos (DR) fueron el parteaguas para reconocer los derechos de las mujeres como derechos humanos. Uno de los logros de la lucha feminista fue la protección del Estado para elegir de forma libre la reproducción, lo cual se inscribe en una de las máximas feministas de la tercera ola, a saber: "Lo personal es político"[15], cuya referencia es al dominio del propio cuerpo, la sexualidad y el amor (Szaz y Salas, 2008).

En la misma línea de ideas, los feminismos también han cuestionado la hegemonía de la heterosexualidad como forma única de la sexualidad, puesto que, responde a conductas que llevan al estereotipo y que han justificado la discriminación y violencia contra otras formas de experimentar la sexualidad (Alcántara y Amuchástegui, 2018).

En términos generales, en los feminismos se dieron los debates y se iniciaron las luchas para desarticular estas relaciones de subordinación y violencia. Por lo que, bajo estas miradas teóricas, la de Foucault, la de la determinación social y política y los feminismos, en la segunda sección de este documento, se analizarán los

[15] "Lo personal es político" (The personal is political) título del ensayo de Carol Hanisch (1969).

escritos nacionales e internacionales que han sentado las bases de operación y normatividad en México, en materia de SDSR.

Reflexión sobre la normatividad SDSR

Para este apartado se realizó una búsqueda en tres fases, la primera corresponde a cinco documentos internacionales a los que México se ha suscrito y en los que se basan los marcos normativos para la implementación de políticas públicas, estrategias y planes que inciden en los programas de salud en el país. En específico aquellos que se refieren a la SSR y DSR en sus definiciones, estrategias, proyecciones y líneas de acción. En la segunda fase se identificaron siete documentos, en los que se basan los derechos de la población mexicana, la normatividad en salud, así como un informe que describe la situación de SSR en México. En la tercera fase se integran dos documentos académicos que enriquecen a la normatividad tanto nacional, como internacional.

Documentos internacionales:

- Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo.
- Cuarta Conferencia Mundial de Mujeres de las Naciones Unidas (Beijing)
- Objetivos de Desarrollo Sostenible para garantizar el acceso universal de los servicios de salud sexual y salud reproductiva de la ONU (agenda, 2030).
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo
- Declaración de Nairobi sobre la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: adelantando la promesa.

Documentos nacionales:

- Ley General de Salud, Capítulo VI “Servicios de Planificación Familiar” Artículo 68 de los servicios de planificación familiar y 69 para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual.

- Constitución mexicana, artículos primero y cuarto, correspondiente a los derechos, incluido el derecho a la salud, y a la salud reproductiva.
- Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar.
- Informe del CONAPO de la Situación de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad.
- Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes de 12 a 29 años (2016 y 2019)
- Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024.

Documentos académicos:

- Declaración de los Derechos Sexuales de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) (1997).
- Informe de la Comisión de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de Guttmacher-Lancet (2019).

Sistematización de documentos

En la tabla 1 se recuperan las definiciones y algunos conceptos sobresalientes en torno a la SDSR identificados en cada uno de los documentos seleccionados, aquí se establece la línea histórica y discursiva que trazan las actuales políticas en este campo. Los documentos se presentan en orden cronológico

Tabla 1. Documentos internacionales y nacionales sobre los DSR y SSR, 1994-2020

Documentos Internacionales	Año	Documentos Nacionales
Breve descripción del contenido de los documentos		

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo El debate y la concreción de los términos Salud Sexual (SS), Salud Reproductiva (SR) y Derechos Reproductivos (DR) representa un gran logro para las mujeres, niñas y adolescentes.	**1994**	
Cuarta Conferencia Mundial de Mujeres de las Naciones Unidas (Beijing) Declara por escrito y por primera vez el fortalecimiento de los derechos de las mujeres.	**1995**	
	2009	**Ley General de Salud en el Capítulo VI "Servicios de Planificación Familiar", artículo 68, de los servicios de planificación familiar y artículo 69 para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual** Conocer la normatividad vigente en materia de SS y SR
	2011	**Constitución mexicana, artículo 1°y 4°** Se refieren a los derechos, incluido el derecho a la salud y a la salud reproductiva. En la reforma al artículo primero, en 2011, se incorpora el

		goce de los derechos humanos contenidos en este documento y en los acuerdos internacionales a los que México se ha suscrito, entre ellos los DSR
Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para la agenda 2030 Garantizar el acceso universal de los servicios de SSR de la ONU	**2012**	
Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo Principal objetivo evaluar los avances de América Latina y el Caribe, en los últimos 20 años	**2013**	
	2016	**Norma Oficial Mexicana 005 los servicios de planificación familiar, 1993** Reglas de operación, políticas y estrategias de los servicios de planificación familiar en el país. **Informe del CONAPO de la Situación de Salud Sexual y Salud Reproductiva** Su objetivo es ser uno de los referentes para la implementación de políticas sobre los DSR
	2018	**Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad.**

		Reagrupa y define todos los derechos que acompañan a los DSR
Declaración de Nairobi sobre la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: Adelantando la promesa A 25 años de la Conferencia del Cairo en la que 179 países debatieron sobre la reducción de la pobreza y derechos humanos para el desarrollo sostenible.	**2019**	**Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes —12 a 29 años— (2016 y 2019)** Reagrupa una serie de derechos que versan sobre la igualdad, no discriminación.
	2020	**Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024** Acuerdos que México ha firmado durante más de dos décadas relativos a la SSR, con un enfoque de derechos y perspectiva de género, la pertinencia cultural y la no discriminación a la diversidad

Fuente. Elaboración propia.

Entretejiendo documentos

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo (1994)

Uno de los puntos más importantes que se trató en esta conferencia fue precisamente el tema de la salud reproductiva, ello debido a la sobrepoblación y la próxima escasez de recursos naturales. Por lo que es necesario recuperar las definiciones que se asentaron en este informe, en donde la **salud reproductiva** se define como: "estado bienestar físico, mental y social […] en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. […] entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia" (Naciones Unidas, 1995: 43).

En tanto, la definición para **salud sexual** se expresa como: "El desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual" (Naciones Unidas, 1995: 37).

El debate y la concreción de estas definiciones representa un gran logro para las mujeres, niñas y adolescentes, que se debe atribuir en gran parte a la lucha y al debate feminista puesto que, además de considerar aspectos relacionados con el sistema reproductivo, se incorpora por primera vez la noción del disfrute de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear. Lo cual significó el reconocimiento de la capacidad femenina de decidir sobre su propio placer y, no menos importante, su decisión de procrear o no, lo cual intenta romper con la visión de siglos anteriores de maternidad forzada, ubicando a la mujer como propiedad del hombre y de la apropiación del cuerpo femenino para el disfrute del placer masculino.

En cuanto a los derechos reproductivos, éstos "se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, y el espaciamiento de los nacimientos (Naciones Unidas, 1995: 43).

Lo anterior, de igual manera fue un hecho sin precedentes puesto que los países participantes, entre ellos México, se comprometieron a proteger los derechos reproductivos de las y los ciudadanos, lo cual significa velar por la libre decisión de las personas de elegir sobre la reproducción.

Esta conferencia es muy relevante, dado que es un parteaguas para las mujeres, al promover su empoderamiento, y el ejercicio de sus DSR como estrategias para el mejoramiento de su calidad de vida y de salud (Galdos, 2013).

Estas definiciones marcaron el inicio del cambio de aspectos fundamentales en la vida de las personas, sobre todo de las mujeres que, como ya se ha revisado, carecían de todo derecho y cuya razón de ser y existir estaba en función de la presencia de un hombre o de la ausencia de este.

Cuarta Conferencia Mundial de Mujeres de las Naciones Unidas llevada a cabo en Beijing, en 1995

Esta conferencia marca un hito, puesto que quedan asentados en un documento los derechos a los que pueden acceder las mujeres. A pesar de las negativas del Vaticano y de algunos países musulmanes, se reconocieron los derechos de las mujeres como derechos humanos. Es fundamental que sean ellas quienes tengan el control de su cuerpo y puedan tomar sus propias decisiones en lo referente a su salud y de manera muy especial de su capacidad reproductiva. Así, se asume a la Salud Reproductiva (SR) como la posibilidad de gozar de relaciones sexuales satisfactorias sin procrear; por lo que, resulta necesario ejercer el derecho a la información, a métodos seguros, eficaces y accesibles; y a servicios adecuados para la regulación de la fecundidad (Naciones Unidas, 1995). Este planteamiento rompe con toda una historia de marginación, segregación y subordinación de la vida sexual en las mujeres y en eso radica la dificultad para que se ejerzan estos derechos entre ellas.

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en 2013

El principal objetivo de esta reunión fue evaluar los avances de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), a casi 20 años de haberse celebrado la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, en el Cairo. Se abordaron los DSR como parte integral de los derechos humanos, ejercicio primordial para el goce de los derechos fundamentales y el acceso universal a la SS y SR, cuya meta para el 2021 no se alcanzó. En este sentido, se hace evidente, a nivel mundial, que la desigualdad económica va de la mano con la salud sexual y reproductiva, es así que el 20% del acceso más bajo a los servicios básicos de SSyR se da en los sitios más pobres, mientras que se ofrecen los mejores servicios en el 20% de los más ricos (UNFPA, 2017).

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos en mujeres entre 15 y 49 años, casadas o en unión libre, los reportes reflejan que hay un menor uso en lugares pobres, rurales o con carencias educativas, como es el caso de varios países de África, comparado con la población que habita en zonas de mayor poder adquisitivo urbanas y con un más alto nivel de estudios (UNFPA, 2017).

De los grandes desafíos que ha enfretado México, está la concreción de los servicios de salud correspondientes a la atención de la SSR, en tanto que el goce de estos derechos queda limitado en diversas zonas, sobre todo en áreas rurales, en donde la pobreza, la desigualdad, la exclusión, la marginación y, por ende, el acceso a los servicios resulta ser muy limitado.

Según la UNFPA (2021), la falta de calidad de los servicios de SSR pueden ser una barrera para la autonomía debido a la incapacidad para satisfacer las necesidades de las mujeres y adolescentes, situación que ocurre en todos los países puesto que ninguno ha alcanzado plena igualdad de género.

Declaración de Nairobi sobre la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: Adelantando la promesa (2019)

A 25 años de la Conferencia del Cairo, en la que 179 países abordaron y debatieron aspectos fundamentales como: la reducción de la pobreza y los derechos humanos

para el desarrollo sostenible, también se comprometieron a brindar a cada persona el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva como meta para el 2015; y a reducir al 75% la mortalidad materna. En el 2010, la ONU amplió el plazo para el cumplimiento de estas metas, por lo que se optó por los ODS para el 2030. Las medidas propuestas para el logro de esta agenda consistieron en brindar acceso universal a los servicios de salud reproductiva a través de la Cobertura Universal de Salud (CUS), donde se garantizan la información y los servicios de planificación familiar, así como la disposición de métodos anticonceptivos. Apegados a esta estrategia, se tendría que reducir considerablemente la morbilidad y mortalidad materna, esta última a cero. Así como eliminar totalmente la violencia sexual y de género (UNFPA, 2021). Se retoma la propuesta de los servicios amigables, para ofrecer a la población adolescente los mecanismos para la toma de decisiones libres e informadas con respecto a su sexualidad y vida reproductiva (CIPD, 2019). No obstante, la relevancia de estas acciones, todavía se está lejos de lograr que las jóvenes puedan brincar las barreras impuestas en las comunidades de origen o en las que habitan.

Los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para la agenda 2030

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 son 17, el quinto se refiere a la Igualdad de Género, entre sus metas se encuentra: el acceso universal a los servicios de SSR, cuyos indicadores son: el grado en que la normatividad permite o impide el acceso pleno e igualitario a la atención e información, se evalúa si verdaderamente las adolescentes y las mujeres deciden sobre su sexualidad, el uso de métodos anticonceptivos y si tienen acceso a los servicios. Sin embargo, de 57 países, solo en la mitad, las adolescentes y mujeres reportan haber podido tomar decisiones sobre su autonomía e integridad corporal. No obstante, la meta para el 2030 es que todas las mujeres y adolescentes tengan el pleno control sobre sus decisiones vitales.

Lo anterior es de suma importancia, en tanto que las políticas que México ha implementado al respecto han sido dirigidas solo a las adolescentes, porque se parte del hecho biológico de que son ellas quienes se embarazan y, por lo tanto, se

les adjudica la responsabilidad de cuidarse dado el alto riesgo de mortalidad materna, y sobre todo de mortalidad infantil, con ello se reitera una visión de la salud de las mujeres como un recurso, no necesariamente para ellas, sino para los otros. Lo cual deja al hombre en un papel marginal en el cuidado de la SSR y en la responsabilidad de la paternidad[16], con lo que se reafirma la heteronorma en el ejercicio de la sexualidad. Además, como ya revisamos con Foucault, algunas mujeres tenían que engendrar a hijos e hijas del esposo, por su compromiso de fidelidad eterna, y así mismo velar por el bienestar de toda la familia a través de sus cuidados, de ahí su denominación "ama de casa". Así, el hombre quedaba excluido de la paternidad, de los cuidados y más aún de la salud sexual y reproductiva. De la misma forma, la determinación social pone en evidencia estas notables diferencias en los perfiles de morbilidad, por razones de género, en donde las mujeres se contagian de una ITS, aun cuando su única pareja sexual es el marido o no hay control natal por razones ajenas a ellas mismas, como es el hecho de que las parejas o las familias les impidan usar métodos anticonceptivos (CONAPO, 2016).

En los siguientes párrafos se hace referencia a algunos documentos oficiales nacionales que están relacionados con la SDSR, el propósito es identificar cómo el Estado mexicano ha incluido en sus programas las directrices de tratados internacionales con los que se ha comprometido.

La Constitución mexicana

El Estado mexicano en la Constitución de 1917, en su artículo primero, reconocía las garantías individuales. A partir de 2011, este artículo primero se modificó y por primera vez se reconocen los derechos humanos como una noción más adecuada para la protección de las personas, además gracias a esta reforma los derechos

16 En México en el 2017 se aprobó la Reforma Laboral del Art. 132, fracción XXVII bis de la Ley Federal del trabajo a otorgar 5 días de licencia por paternidad Secretaría del Trabajo y Previsión Social (s.f.). Esta Reforma al Art. 123 es muy reciente y además el tiempo reconocido por el Estado mexicano para establecer vínculos emocionales y para el ejercicio de la paternidad es irrisorio.

contenidos en los tratados internacionales, a los que México ha suscrito, se incorporan al paquete de derechos protegidos por el Estado mexicano, entre ellos los referentes a los (DSR). Al respecto, el artículo cuarto constitucional enuncia; la igualdad ante la ley de la mujer y el hombre y la libertad plena de decidir sobre el número de hijos y su espaciamiento (CNDH e INEHRM, 2015).

Hubo seis tratados internacionales que codificaron los derechos entre ellos los Sexuales y Reproductivos; el primero fue la Convención Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966, en México se reconocen las garantías individuales. El segundo, la Convención Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el tercero, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); el cuarto, la Convención sobre los Derechos del Niño; el quinto, La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CERD); y el sexto, la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos, Degradantes o Punitivos. Es importante mencionar que el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas es el organismo que se encarga de revisar periódicamente a los países miembros y en ciertos casos de juzgar peticiones individuales (Ahumada y Kowalsky-Morton, 2006).

Con base en la Comisión de derechos humanos, los derechos humanos tienen las siguientes características: 1) Universales, que corresponden a todas las personas sin excepción; 2) Interdependientes, es decir, que los derechos tienen el mismo valor y están conectados entre sí. Ningún derecho vale más que otro; 3) Indivisibles porque son inseparables del ser humano. 4) Progresivos, el Estado tiene la obligación de garantizar el progreso de los derechos humanos e 5) Inalienables en tanto que son fundamentales o absolutos (CNDH e INEHRM, 2015).

Norma Mexicana 005 los servicios de planificación familiar, 1993

Esta Norma establece las reglas de operación, políticas y estrategias de los servicios de planificación familiar en el país, los cuales se ofrecen dentro del marco de la salud reproductiva, con un enfoque prevencionista de riesgo para las mujeres, los hombres y la población infantil. En esta sólo se enuncia lo referente a la salud

reproductiva dentro de un contexto heteronormativo, en el grupo específico de mujeres en edad fértil (DOF, 1994).

Su última actualización fue en 2014, con respecto al “Manejo de Anticonceptivos Hormonales en Mujeres en Edad Reproductiva, en el primer y segundo niveles de atención” (Gaceta del Senado, 2016). En esta modificación se amplían las opciones de métodos de anticoncepción para las mujeres, lo cual responde a algunas líneas estratégicas urgentes desde 1994; a saber, la prevención de embarazo adolescente, contenidas en los documentos internacionales acerca del acceso universal de los servicios de SSR. Sin embargo, en esta norma no se consideran alternativas para los hombres, así, prevalece la idea, como ya se ha descrito, desde hace siglos, de que la mujer es la única responsable de la salud reproductiva (DOF, 1994).

Ley General de Salud en el Capítulo VI “Servicios de Planificación Familiar” (2009)

Derivado de la carta magna, la Ley General de Salud, en el Capítulo VI “Servicios de Planificación Familiar” en el artículo 68 de los servicios de planificación familiar y en el artículo 69, para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, se hace énfasis en la planificación familiar como eje rector de salud reproductiva; pero no se recupera el tema de la salud sexual, como ya se había enunciado en 1994, en el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (LGS, 1984).

Se puede interpretar que la esencia de los escritos internacionales sobre información y educación sexual está contenida en los artículos dispuestos para la planificación familiar. No obstante, la lectura de estos artículos no es transparente con respecto a la universalización de los servicios de SSR en toda la población y de la atención especializada a los grupos de la diversidad, discapacidad e indígenas.

Informe del CONAPO de la Situación de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2016)

En este documento se rescatan los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2014), cuyo objetivo es ser uno de los referentes para la implementación de políticas sobre los DSR, cabe anotar que esta encuesta solo fue dirigida a población femenina. Los argumentos para no incluir a los hombres fue que la responsabilidad reproductiva estaba asociada a las mujeres por motivos sociales o culturales, biológicos y porque son ellas quienes tienen más memoria de los eventos relacionados con las experiencias reproductivas, como: inicio de edad de primera relación sexual, uso de anticonceptivos, razones de uso o no uso, planeación de embarazos, entre otros. Además, quedan excluidas las personas LGBTTTIQ, personas mayores, con alguna discapacidad o con una condición de vulnerabilidad.

De acuerdo con los datos que se recaban en esta encuesta, el acceso a los anticonceptivos es esencial para evitar el embarazo en la adolescencia (CONAPO, 2016). Sin embargo, la baja escolaridad es un riesgo alto para un embarazo no deseado o para una ITS. Aun cuando aumentó el porcentaje de adolescentes que usaron un método en su primera relación, resulta alarmante que para el 2014, el 65.7% no lo usó, y que el porcentaje aumenta a 88.2% en población de habla indígena, el rezago educativo reafirma las profundas desigualdades e inequidades que viven las mujeres (CONAPO, 2016).

Para las mujeres en edad fértil, el método anticonceptivo más utilizado, en 2014, fue el condón masculino con un 84.5%, las demás utilizaron pastillas, el retiro (cuya efectividad es la más baja); el ritmo, la abstinencia, pastilla de emergencia, entre otros. Estos datos reflejan la falta de información y conocimiento de otros métodos anticonceptivos con mayores beneficios. O bien, la imposibilidad de tomar decisiones y responsabilizarse de su vida sexual y reproductiva.

Entre las razones expuestas por las que las mujeres no usan ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, en primer lugar, falta de información; segundo, por el deseo de embarazarse; tercero, porque no planeaban tener relaciones; en cuarto lugar, porque no creían poder embarazarse y en último lugar

porque la pareja o ella misma se opuso al uso de cualquier método (CONAPO, 2016).

Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad (2018)

Las personas con discapacidad viven situaciones sistemáticas de discriminación y violación de los derechos humanos, y los DSR no son la excepción; dado que, a este grupo, no se le permite tomar decisiones sobre su propio cuerpo ni respecto al disfrute de su actividad sexual, lo cual los lleva a vivir situaciones de violencia sexual, física y psicológica. No obstante, como ciudadanos mexicanos, tienen la prerrogativa de gozar de todos los derechos a los que México, en los tratados internaciones, ha firmado y suscrito.

Por lo que esta cartilla reagrupa y define todos los derechos que acompañan a los DSR; entre los que se encuentran: el derecho a una vida libre de discriminación y violencia; a la igualdad entre hombres y mujeres; a la autonomía, a la integridad; a la libertad de autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, a manifestar la identidad sexual, la expresión e identidad de género, la orientación y preferencia sexual de forma libre y autónoma; a la educación integral de la sexualidad en lenguas, lenguajes y recursos acordes a las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias, por solo mencionar algunos (INMUJERES, 2018).

Esta cartilla es de gran importancia puesto que también se reconoce la gran deuda que tiene los gobiernos, la sociedad y los servicios, en particular los de salud, con respecto a las personas con discapacidad a quienes se les ha negado el ejercicio de todos sus derechos, sobre todo aquellos relativos a la sexualidad y la reproducción, ya que prevalece la concepción de la sexualidad como un aspecto inherente a la juventud y a la heteronorma.

Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes (2020)

Esta cartilla reagrupa los documentos oficiales internacionales y nacionales que la sustentan, así como una serie de derechos que versan sobre la igualdad, no discriminación, SSR, entre otros, incluyendo también, la perspectiva de género, más

no incluye grupos en condiciones de vulnerabilidad. Esta cartilla es, sin duda, una herramienta provechosa para brindar información, pero también habría que medir el impacto en la población adolescente. Si bien este documento es una iniciativa relevante, hay que destacar que otros grupos también en edad fértil, con distintas condiciones de vulnerabilidad, como son las mujeres a quiénes históricamente se les ha negado el disfrute de su sexualidad quedan descubiertos, esta es una inquietud planteada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030 (SEPI, 2021).

Programa de Acción Específico (PAE). Salud Sexual y Reproductiva. 2020-2024

En este programa se condensan los acuerdos que México ha firmado durante más de dos décadas con respecto a la SSR, en tanto que se abordan desde el enfoque de derechos y la perspectiva de género, la pertinencia cultural y la no discriminación a la diversidad. Un aspecto relevante es que se diferencia la SS y la SR. Dicha distinción fue un parteaguas en la restructuración de las políticas internacionales y nacionales puesto que la sexualidad y la reproducción, a pesar de tener una relación profunda, responden a dimensiones y derechos distintos; es decir la salud sexual se refiere, grosso modo, al derecho de tener relaciones libres, placenteras, consensuadas y sin discriminación y la salud reproductiva por el contrario enfatiza el derecho a elegir si tener o no hijos (as) y su espaciamiento.

Es interesante notar que la población LGBTTTIQ, así como las personas con discapacidad están incluidas en el diseño de programas preventivos, vale la pena destacar el reconocimiento del derecho que tienen las personas de elegir sobre su propio cuerpo. Así también, hay que hacer énfasis en la visión con la que se concibe tanto a la salud sexual como reproductiva, las cuales obedecerán a procesos biológicos, psicológicos y sociales que a su vez dependerán de los contextos temporales, históricos y sociales. Esto nos habla de que cada etapa de la vida del ser humano merece una atención especializada y adecuada según las propias necesidades.

Asimismo, es imprescindible no dejar de lado la diversidad étnica y sociocultural que existe en el país, por lo que se propone como parte de las estrategias, el fortalecimiento del profesional de enfermería obstétrica, así como el refuerzo de los servicios en los primeros niveles de atención en las comunidades rurales e indígenas.

De mucha relevancia es la integración del aborto seguro, del cual se argumenta que "a mayor restricción legal, mayor cantidad d prácticas inseguras con respecto al aborto por la peor calidad de los servicios y menor acceso a estos" (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2021:46). Además, se sostiene que si bien el componente legal es importante lo es más, la adecuada implementación del servicio.

Entre las estrategias prioritarias y como parte de los objetivos específicos se encuentran: entornos comunitarios para favorecer el ejercicio de los DSSR en los adolescentes; fortalecimiento de las instituciones de salud para garantizar el acceso universal a la información y servicios integrales de SSR para adolescentes; fortalecer y ampliar la disponibilidad de servicios para atender las necesidades de anticoncepción y planificación familiar de la población general; fomentar el acceso a la información oportuna sobre aborto seguro como la vía para garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

En este programa de acción específico se mencionan como puntos clave: la cobertura universal de servicios de SSR y el aborto seguro como parte de los servicios esenciales. Estas estrategias guían con mayor claridad la tendencia hacia el logro de los ODS, sobre todo se vislumbra un compromiso del sector salud con la reducción de problemas tan graves como la mortalidad materna, así como la integración de las necesidades de grupos en particular, como la población con alguna discapacidad.

En lo subsecuente se integran dos documentos académicos de impacto internacional y cuya función en términos simples ha sido abonar a los escritos anteriores, además de fungir como canales de información para la población.

Documentos académicos

Declaración de los Derechos Sexuales de la Asociación Mundial para la Salud Sexual *(WAS)* (1997)

La Asociación Mundial para la Salud Sexual (World Association for Sexual Health, WAS) es un organismo internacional cuyo propósito es promover la salud sexual a lo largo de la vida, a través de la promoción de los derechos sexuales para las personas sin distinción (WAS, 2021).

La asociación proclama una Declaración de los Derechos Sexuales desde 1997, cuya última revisión aprobada fue en el 2015. Dicha declaración está constituida por 16 derechos humanos relacionados con la sexualidad, y que se sustentan en los instrumentos internacionales y regionales sobre los derechos humanos; entre ellos: 1) El derecho a la igualdad y a la no-discriminación; 2) El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona; 3) El derecho a la autonomía e integridad del cuerpo; 4) El derecho a una vida libre de tortura, trata o pena crueles, inhumanos o degradantes; 5) El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción; 6) E derecho a la privacidad; 7) El derecho al grado máximo alcanzables de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras; 8) El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten; 9) El derecho a la información; 10) El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad; 11) El derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento; 12) El derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo; 13) El derecho a la libertad de pensamiento, opinión, expresión; 14) El derecho a la libre asociación y reunión pacíficas; 15) El derecho a participar en la vida pública y política y 16) El derecho al acceso a la justicia y a la retribución y a la indemnización. “La asociación: Declara que los derechos sexuales se fundamentan en los derechos humanos universales que ya están reconocidos en los instrumentos internacionales y regionales sobre

derechos humanos, en constituciones y leyes nacionales, en principios y estándares de derechos humanos (WAS, 2021).

En esta declaración se reconoce que la salud sexual no puede ser abordada sin un amplio conocimiento de la sexualidad, entre otras declaraciones y afirmaciones relacionadas a los derechos, el placer, la igualdad, la no-discriminación y el bienestar (WAS, 2021).

La Comisión de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de Guttmacher-Lancet (2019)

En concordancia con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y en otros acuerdos internacionales y regionales, la Comisión Guttmacher-Lancet presentó en México, en 2019, una definición integrada de SDSR con el fin de brindar un marco referencial que fuera universal hacia la construcción de políticas y estrategias más efectivas e igualitarias[17]. *En donde se enuncia* "Lograr la salud sexual y reproductiva depende de la realización de los derechos sexuales y reproductivos, que se basan en los derechos humanos" (Guttmacher-Lancet commission, 2019, p. 4).

En este sentido, se destacan la libre elección de orientación e identidad sexual, así como el placer, el bienestar y no menos importante el derecho de tomar decisiones sobre el propio cuerpo, lo cual se dirige tanto a hombres, como a mujeres. Consideraciones que no se encuentran contempladas en la normatividad oficial mexicana, en las acciones y programas de salud. Aun cuando México suscribió el Consenso de Montevideo en donde se manifiesta: "Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas

17 "La salud sexual y reproductiva es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción, no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencias. Por lo tanto, un acercamiento positivo a la sexualidad y la reproducción debería reconocer el papel desempeñado por las relaciones sexuales placenteras, la confianza y la comunicación en la promoción de la autoestima y el bienestar general. Todas las personas tienen derecho a tomar decisiones que rijan sus cuerpos y a tener acceso a los servicios que respaldan ese derecho (Guttmacher-Lancet commission, 2019, p. 4).

LGBTTTIQ, personas mayores y personas con discapacidad, prestando mayor atención a personas en condiciones de vulnerabilidad" (CEPAL, 2013, pp. 20, 21).

Con base en esta revisión documental cabe destacar que a pesar de que en 1948 se firmó la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas considerado como un parteaguas en los Derechos Humanos, fue hasta poco menos de 50 años después que en la Cuarta Conferencia Mundial de Mujeres de las Naciones Unidas en Beijing se declara el fortalecimiento de los derechos humanos de las mujeres, lo cual guarda una estrecha relación con la determinación social, vista desde el aporte teórico de Foucault, ya que como él lo señaló en su momento, la mujer aún es vista como propiedad del hombre (ya sea del padre, en ausencia de este, el padrastro, el abuelo, el tío y también del esposo) sin dejar de reconocer que es un blanco de control del Estado en tanto su potencial reproductivo, por lo que no es azaroso el que haya pasado casi medio siglo para el reconocimiento de sus derechos y más difícil aun los que respectan a la sexualidad, la reproducción y los derechos asociados como el de vivir una vida libre de violencia, a la salud, a la educación. Sin embargo, en México, el reconocimiento de estos derechos aún es incipiente puesto que la Ley General de Salud solo contempla los servicios de planificación familiar y educación sexual con especial énfasis en la salud reproductiva en donde el dispositivo de poder médico se despliega en la conducta reproductiva de las mujeres, con pocas implicaciones de lo masculino y cuyas normas solo contemplan a parejas heteronormadas,

Asimismo, la política pública nacional ha plasmado en sus documentos oficiales, en periodos muy amplios, algunas de las estrategias internaciones que el Estado ha ratificado. Pero el hecho de que este discurso se encuentre actualmente en los programas y en algunos proyectos, no quiere decir que automáticamente sea del conocimiento de los prestadores de los servidores de salud, y menos aún de las y los usuarios de los servicios públicos de salud.

A pesar de que los DSR y su protección están amparados constitucionalmente, es evidente que hay grupos en la población que no tienen la posibilidad de ejercer ni estos ni otros derechos; a saber, comunidades con adscripción indígena y de grupos

originarios; los grupos de la comunidad LGTTTBIQ, los grupos con alguna discapacidad y las personas de la tercera edad, por solo mencionar algunos. Aquí hay una muestra de que, al paso de los tiempos, aún están arraigadas las construcciones que se estructuraron social y culturalmente desde siglos atrás.

Consideraciones finales

La determinación social y política, cuyo referente principal en este escrito ha sido Foucault y los feminismos, contribuyen a evidenciar las desigualdades e inequidades de atención en la SSR, lo cual aportó herramientas de análisis que van más allá del mero hecho biológico de la reproducción. Dicho lo cual, se recuperó la historia de la sexualidad de Foucault quien expone a algunos filósofos griegos y romanos que abordaron la sexualidad, y cómo esta práctica determinaba el papel de la mujer y del hombre en la relación, en la familia, en la sociedad y en la política, lo que situó a la mujer en un papel marginal y sin capacidad de decisión que, en términos generales la dejaba sin la posibilidad de experimentar algún placer o ir más allá de su capacidad reproductiva, de su rol de ama de casa, de servidumbre o esclava. Aun con la gran distancia temporal, social, cultural y política que guardan estos relatos, recordemos que algunos de ellos son de tiempos muy antiguos, es imposible no pensar en que algunas de esas prácticas, como: el matrimonio, la monogamia en las mujeres, la procreación, la mujer como propiedad absoluta del hombre, carente de cualquier derecho, del deseo y el placer al margen del matrimonio y al servicio de clases sociales altas, son cercanas a las experiencias que se han documentado hasta este siglo.

Foucault realiza un impecable trabajo descriptivo y, sin querer quizás, hace visibles estas condiciones de desigualdad e injusticia hacia las mujeres, no solo en el ámbito sexual. De manera paradójica la mujer ha sido históricamente muy valorada y marginada por la misma razón: la capacidad reproductiva.

Actualmente, algunas investigaciones con mujeres mexicanas, y haciendo referencia a temas relacionados con la SSR, se evidencia la violencia de pareja, el acoso sexual, así como la represión social del placer en la mujer, puesto que lo esperado es la habilidad seductora y la toma de decisiones del varón con respecto a las relaciones sexuales. Él decide qué sí y no le agrada a él y a su pareja (Hernández y Gonzáles 2016; Salinas y Garduño, 2021).

La sexualidad se ha constituido como un dispositivo de poder generado por las propias instituciones para el control de la ciudadanía. Un ejemplo, es la iglesia

católica, que no ha cesado en su intento por controlar y normar la sexualidad de sus feligreses. Es así como el discurso religioso, burgués y cientificista que permite el control de los cuerpos ha sobrevivido en la realidad mexicana. No obstante, entre las resistencias más importantes que han trascendido a lo largo de los dos últimos siglos, se ubican las luchas feministas, que nos han dejado como legado el reconocimiento de los derechos de las mujeres, en los que se incluyen los DSR.

Lo anterior aportó las bases para el análisis de los documentos internacionales y nacionales, que dada la influencia de los planteamientos de grupos feministas impactan en la reformulación y esencia de los tratados internacionales, por ejemplo, la Cuarta Conferencia Mundial de Mujeres de las Naciones Unidas llevada a cabo en Beijing, en donde queda asentado el fortalecimiento de los derechos de las mujeres (revisar tabla 1).

No obstante, es hasta el 2011 que México reconoce constitucionalmente tanto los derechos como los tratados ratificados. En este sentido, en la carta magna, así como en la Ley General de Salud y en la NOM 005 solo se enuncia lo respectivo a la salud reproductiva bajo un contexto heteronormativo, en el grupo específico de mujeres en edad fértil. Aun cuando los documentos que México ratificó ofrecen estrategias de atención que van más allá de la perspectiva biológica, enfocada en la reproducción, prevención de embarazos en adolescentes o ITS.

Al respecto la ENADID y el Informe del INEGI (2014) brindan un escenario que habrá que analizar, puesto que los datos corresponden al uso de los métodos anticonceptivos utilizados, y las razones por las que se utilizan o no. Hay que destacar que los grupos más vulnerables son las mujeres más jóvenes con poca educación formal y hablante de una lengua indígena. Una de las estrategias dirigidas a este grupo de edad es la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes, cuya última actualización fue en el 2021 y se aloja en el sitio de internet de mortalidad materna. En términos generales, esta cartilla reagrupa los documentos oficiales internacionales y nacionales que la sustentan, así como una serie de derechos que versan sobre la igualdad, no discriminación, SSR, entre otros, con una perspectiva de género, que excluye a grupos en condiciones de

vulnerabilidad. Esta cartilla, a pesar de ser un vehículo de información, hay que evitar caer en el error de depositar toda la responsabilidad en la juventud por el simple hecho de informar, cuando es claro que se requieren acciones con énfasis en una sexualidad integral.

Lo anterior, aunque sea objeto de otro análisis, nos lleva a reflexionar sobre lo que pasa entre el discurso y la práctica. Según, Hernández y González (2016) en investigaciones sobre sexualidad en juventudes mexicanas hay una gran diferencia entre información/conocimiento/práctica, lo que tiene diversas y serias consecuencias, como, por ejemplo, en el uso de métodos anticonceptivos, aunque se cuente con la información sobre su uso, en la práctica hay resistencias y barreras sociales y psicológicas enraizadas en las creencias y en el sistema sexo-género. Por lo que estas construcciones no solo diferencian lo que hace el uno y la otra, sino que promueven la desigualdad con un mayor impacto negativa para ellas, puesto que en su mayoría son ellas quienes tienen que asumir la carga de un embarazo no deseado. Tan solo en México, uno de cada cinco partos corresponde a una mujer menor a 19 años. Además del embarazo, las ITS, y el riesgo de contraer VIH.

Otras de las acciones que merece la pena retomar son aquellas de las organizaciones no gubernamentales, como la Asociación Mundial para la Salud Sexual (AWS), instancia que promueve la salud sexual a lo largo de la vida de cada persona, quienes también declaran y enuncian los DSR. Dichas organizaciones son un puente fundamental de comunicación con las personas que no se acercan a los servicios de salud por múltiples razones.

Finalmente, de los esfuerzos por integrar los últimos acuerdos revisados en la Declaración de Nairobi sobre la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: Adelantando la promesa, surge con seguridad la necesidad de al menos integrar en la actual política pública a la SSR, cuyo piso común son los DSR referidos en el documento **Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024** en donde se vislumbra la esencia de los documentos internacionales revisados en la segunda sección de este texto. Dicho lo anterior, los planes y programas que se integran en la actual restructuración de los servicios de

salud tendrían que estar basados en estos acuerdos que, si bien, no son recientes, han sido ratificados y México sigue comprometido con los Objetivos del Milenio para 2030. Lo cual debería ser tema de investigación.

Este trabajo se limita a hacer una revisión de algunos de los documentos más relevantes sobre el tema y de revisarlos desde la óptica de la determinación social y los feminismos. En este sentido resulta necesario investigar las percepciones, significaciones, representaciones, así como las opiniones de las y los usuarios de los servicios de SSR, a saber, ¿cómo operan estos servicios desde la perspectiva de género? ¿La ciudadanía conoce sus derechos? ¿Los servicios de primer nivel son incluyentes?

Referencias

Ahumada, C. y Kowaski-Morton, S. (2006). Derechos sexuales y derechos reproductivos. Guía para activistas jóvenes [Archivo PDF]. https://bit.ly/3Dc2B4i

Alcántara, E. y Amuchástegui, A. (2018). Sexualidad. En Hortensia Moreno & Eva Alcántara (coords.), *Conceptos clave en los estudios de género* (pp. 321-338). CIEG-UNAM.

Bosch, E. y Ferrer, V.A. (2013). Mujeres en escenarios bélicos: el caso de Emma Goldman. *Revista de Estudios de Género*, IV(37), 210-230. https://bit.ly/3QzpK3w

Castro, E. (2014). *Introducción a Foucault*. Siglo XXI editores.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2021). *Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Salud Reproductiva.* https://bit.ly/3BANBcm

CNDH e INEHRM (2015). *Constitución y Derechos Humanos. En El Artículo 1o. Constitucional: Obligaciones, Principios Y Tratados* [Archivo PDF]. https://bit.ly/3v1613H

Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH]. (2018). Nace Marie Gouze, Olympe de Gouges Revolucionaria, filósofa, defensora de los derechos de las mujeres y autora de la Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana. https://bit.ly/3gLYkv2

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014.* [Archivo PDF]. https://bit.ly/2AfzVsm

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2012).El Estado frente a la autonomía de las mujeres. [Archivo PDF]. https://bit.ly/3fmYed4

Conferencia Internacional de Población y Desarrollo 25 [CIPD].(2019). *Declaración de Nairobi sobre la CIPD25: Adelantando la promesa.* [Archivo PDF]. https://bit.ly/30vPQLa

Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2016). *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana*. [Archivo PDF]. https://bit.ly/2u9BmlF

Diario Oficial de la Federación [DOF]. (1994). *De los servicios de planificación familiar (Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993). https://bit.ly/36RiITi*

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2021). Estado de la Población Mundial 2021. Mi cuerpo me pertenece: Reclamar el derecho a la autonomía y la autodeterminación. [Archivo PDF]. https://bit.ly/3DIsgpu

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2017). Mundos Aparte. La Salud y los Derechos Reproductivos en tiempos de desigualdad. [Archivo PDF]. https://bit.ly/3sAiYky

Foucault, M. (1992). *Microfísica del Pode*r. Las Ediciones de la Piqueta.

Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI editores.

Foucault, M. (2010). *Historia de la sexualidad. 3. La inquietud de sí*. Siglo XXI editores.

Foucault, M. (2011). *Historia de la sexualidad. 2. El uso de los placeres*. Siglo XXI editores.

Gaceta del Senado (03 de agosto de 2016). *Proposición de ciudadanos legisladores*. https://bit.ly/3oU0mLy

Galdos Silva, S. (2013). La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peru Med Exp Salud Publica*, 30(3), 455-60.

Granados, JA. (2014). Normalización y normatividad de la homosexualidad. Una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina. *Salud Problema,* 8(16): 88-102.

Guttmacher-Lancet commission. (2019). Acelerar el avance, salud y derechos sexuales y reproductivos para todos. *Resumen ejecutivo*. [Archivo PDF]. https://bit.ly/3QJQPkR

Hanish, C. (2009). The personal is Political. Carol Hanish. https://bit.ly/3RTMHz8

Hernández A., González J. (2016). Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la Teoría Fundamentada. *Ciencia Ergo Sum*, 23(2), 112-120

INMUJERES (2018). Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad [Folleto]. https://bit.ly/3DvDZAj

Kollontai, A. (2020). Feminismo socialista y revolución. Selección de escritos. Para leer en libertad A.C.

Laurell, A. C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, 86(19), 2–10

Ley General de Salud [LGS]. CAP. IV de febrero de 1984 (México).

Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. Versión Preliminar*. https://bit.ly/3B0Dsqj

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2021). *Objetivos de Desarrollo*

Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades [SEPI]. (2021). Cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes [Folleto]. https://bit.ly/3eDL36V

Secretaría del Trabajo y Previsión Social (s.f.). Tienen padres trabajadores derecho a cinco días de licencia por paternidad. https://bit.ly/3cY1Els

Szas, I. y Salas, G. (2008). Sexualidad, Derechos Humanos y Ciudadanía. El Colegio de México, A.C.

Varela, N. (2013). *Feminismo para principiantes*. Ediciones B.

World Association for Sexual Health [WAS]. (2014). Declaración de los Derechos Sexuales. [Archivo PDF]. https://bit.ly/3DV7a2Z