

Notas y reflexiones en torno a la igualdad de género y la no discriminación por sexo en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de jóvenes*

Notes and reflections on gender equality and sex discrimination in the field of sexual and reproductive health of young people

Yuriria A. Rodríguez Martínez**
Norma A. San José Rodríguez***

RESUMEN

La igualdad de género y la no discriminación son dos principios fundamentales para la conformación de los derechos humanos. En México, la necesidad de generar condiciones para que sean respetados y garantizados como derechos ha llevado a la promulgación de una Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, así como una Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación. Este artículo tiene como objetivo mostrar la vinculación de ambos derechos con este campo de la salud, y exponer algunas notas y reflexiones sobre la importancia de incorporar acciones concretas en la promoción de la salud y la atención en los servicios de salud que contribuyan a su ejercicio y respeto como derechos humanos.

PALABRAS CLAVE: *Igualdad, género, sexualidad, adolescentes, jóvenes, salud sexual reproductiva.*

ABSTRACT

Gender equality and non-discrimination are two fundamental principles for the establishment of human rights. In Mexico, the need to create conditions for such rights to be respected and guaranteed has led to the enactment of a General Act on Equality between Women and Men and a Federal Law to Prevent and Eliminate Discrimination. This article aims to show the linkage of the two health field rights, and discuss a few notes and thoughts on the importance of incorporating specific actions in health promotion and care in health services that contribute to exercise and respect as human rights.

KEY WORDS: *Equality, gender, sexuality, teenagers, youth, sexual and reproductive health.*

* Recibido: 2 de junio de 2010. Aceptado: 15 de junio de 2010.

** Directora de Género y Salud del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México. (yurialej11@yahoo.com.mx).

*** Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México (nsj_pscs@hotmai.com).

Sumario

1. Igualdad de género en salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes: antecedentes y perspectivas en el marco de los derechos humanos
2. Sexualidad y salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes: algunos datos relevantes en México
3. Igualdad entre mujeres y hombres y prohibición de la discriminación por sexo: herramientas jurídicas para avanzar políticas públicas para la equidad y la igualdad en salud
4. Algunas reflexiones y retos en materia de igualdad de género y no discriminación por sexo en el marco de los derechos humanos para la salud sexual y reproductiva de jóvenes
5. Referencias

1. Igualdad de género en salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes: antecedentes y perspectivas en el marco de los derechos humanos

Para abordar el tema de la igualdad de género en salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes es importante considerar el marco jurídico mexicano y su desarrollo histórico en la incorporación del principio de igualdad. Idea impulsada innovadoramente por la Revolución Francesa, la igualdad ante la ley como principio de justicia se incorpora al marco legal mexicano fundamentalmente desde el siglo XIX. Los antecedentes de la Constitución mexicana en vigor llevan plasmado el principio de igualdad desde el Plan de Iguala de 1821, el Acta Constitutiva de la Federación de 1824, las Leyes Constitucionales de 1836, las Bases Orgánicas de 1843, la Constitución de 1857, el Estatuto Provisional del Imperio Mexicano de 1865, y la Constitución de 1917 (PÉREZ, 2005). Su evolución ha sido estudiada por los juristas evidenciando las categorías a partir de las cuales se ha incorporado como principio jurídico y de justicia social como la etnia, la clase, la propiedad. Sin embargo, fue hasta casi seis décadas más tarde que la Constitución mexicana de 1917 incorporó al sexo como categoría distintiva para la igualdad ante la ley, cuando en 1975, durante el Año Internacional de la Mujer, y en el marco de la Primera Conferencia Internacional sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer realizada en nuestro país, se plasmó en el artículo 4o. que hombres y mujeres son iguales ante la ley.

Ese año quedó inscrito como un *parteaguas* en la lucha por el reconocimiento de los derechos de las mujeres tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Como afirma Lucero SALDAÑA, “A partir de ella se asientan las bases a favor de la igualdad entre mujeres y hombres, en derechos y responsabilidades,

en la familia y en la sociedad, en la política, la economía, lo social y lo cultural” (SALDAÑA, 2007: 15).

La incorporación de la igualdad entre hombres y mujeres ante la ley quedó plasmada en la Constitución política en el artículo 4o. junto con los ordenamientos relativos a la familia y el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, así como al derecho a la protección de la salud, a un medio ambiente adecuado, a la vida digna y decorosa para la familia. Aun cuando el principio de igualdad se plasmó en referencia a las mujeres y los hombres en todos los ámbitos de la vida y el desarrollo del individuo, desde esta articulación con otros derechos, quedó plasmada directamente en relación con la salud.

Para México como para el mundo, el consenso alcanzado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 (en adelante CIPD) y en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995 (en adelante CCMM), marcó otro *partaguas* para el reconocimiento de la desigualdad social de género como asunto de justicia y derechos humanos, con lo cual se sentaron las líneas de acción para establecer condiciones posibilitadoras del ejercicio del derecho a la igualdad entre mujeres y hombres.

En El Cairo y Beijing se logró un giro fundamental en los conceptos de salud y desarrollo en el marco de los derechos humanos plasmados en las convenciones y reuniones internacionales,¹ para lo cual fue trascendental la crítica y el trabajo del movimiento feminista (JUSIDMAN, 1999; GONZÁLEZ, 1999). Se planteó a la salud y al desarrollo como aspectos relacionados a la sexualidad de manera que la salud sexual y la salud reproductiva fueron reconocidas como el nuevo estándar internacional para enfrentar los problemas de población y desarrollo. Fue en ese espacio internacional en donde se aceptó de manera consensuada la necesaria línea de acción en materia de derechos reproductivos como elementales para lograr la salud sexual y reproductiva de la población en general.

Particularmente, en El Cairo 94 se reconoció a la sexualidad como un ámbito de derechos humanos reconociendo los derechos reproductivos y sexuales. Se identificó enfáticamente que, como parte de la salud integral, la salud sexual y reproductiva son requisito indispensable para lograr el progreso socioeconómico y el desarrollo sostenible y se acordó el compromiso de garantizarlas para todas, incluyendo para las y los adolescentes (FAMILY CARE INTERNATIONAL, 1995). El Programa de acción de la CIPD y la Plataforma de acción de la CCMM definieron a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de

¹ Como la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer, 1989; Convención Internacional de los Derechos del Niño, 1991; Conferencia Mundial de Derechos Humanos, *Declaración y Programa de Acción*, Viena, junio de 1993.

mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y bienestar reproductivos al evitar y resolver problemas relacionados con la salud reproductiva.²

La salud sexual fue ubicada como el bienestar en los aspectos relativos al ejercicio de la sexualidad definiendo que está encaminada al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales, por lo que los servicios de salud no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.³

Aunado a esto, el reconocimiento de la desigualdad social de género derivó en aceptar que la equidad de género y la emancipación de la mujer son esenciales para lograr la seguridad política, social, económica, cultural y ambiental entre todos los pueblos y que no son cuestiones aisladas relativas sólo a la mujer.⁴ De esta manera, la perspectiva de género se hizo presente como la herramienta necesaria a ser incorporada en las políticas y los programas para analizar sus efectos sobre las mujeres, las niñas, las adolescentes, pero también sobre los hombres, los niños y los adolescentes, tomando en cuenta el nivel socioeconómico y de salud de ellas y ellos.⁵

Sobre derechos reproductivos se enfatizó que abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales, como el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el más elevado estado de salud sexual y reproductiva; el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, ni coerción ni violencia.⁶ De los derechos sexuales se reconoció que incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, a decidir libre y responsable-

² Programa de Acción de CIPD 7.2; Plataforma de CCMM 94 y 95.

³ Programa de Acción de CIPD 7.2; Plataforma de CCMM 94.

⁴ Programa de Acción de CIPD 3.16, 3.18, 4, 4.1.

⁵ *Ibidem*, principio 4.8.

⁶ Programa de Acción de CIPD 7.3 y 8; Plataforma de CCMM 95, 97, 216, 223.

mente respecto de esas cuestiones sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.⁷

De manera más específica, en el eje de mujer y salud, la Plataforma de Acción de Beijing también explicitó como objetivos estratégicos:

[...] fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de salud, a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad; fortalecer las plataformas de prevención que promueven la salud de la mujer; tomar iniciativas desde la perspectiva de género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva.⁸

Nuevamente la importancia de trabajar por igualdad de género quedó manifiesta como compromiso internacional.

En México, concretamente, las acciones y los trabajos de investigación sobre sexualidad juvenil son impulsados principalmente por el Estado desde finales de la década de los setenta y ochenta; con una política poblacional que incluyó programas educativos y preventivos para favorecer el ejercicio de una vida sexual saludable y responsable buscando reducir los embarazos adolescentes.

Aunque los aspectos relativos a su sexualidad se plasmaron como preocupación durante las acciones del Año Internacional de la Juventud en 1985, fueron franco motivo de discusión cuando se reconoció su importancia como eje fundamental para el desarrollo en las conferencias de El Cairo y Beijing.

En la Conferencia de El Cairo el enfoque de riesgo en la salud se reorientó hacia la consideración del enfoque de ciudadanía y de derechos humanos, en el que las personas juegan un papel fundamental para su formulación y construcción de condiciones para su ejercicio junto con el gobierno, así como para la denuncia y demanda de atención a la violación de sus derechos.

La lucha contra la pandemia del SIDA fue parte de los compromisos consensuados para el trabajo en la prevención en adolescentes y jóvenes a quienes se les reconoció como sujetos de sexualidad y de derechos cuya edad y etapa de vida no debe ser una causa de discriminación y limitación a la información, la educación sexual y los servicios de salud sexual especializados.

Este marco internacional de compromisos sobre la salud reproductiva, la salud sexual y los derechos humanos derivó en el impulso de políticas públicas y programas de acción del gobierno mexicano que dieron continuidad al *Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente* de 1994 que hizo énfasis en medidas de planificación familiar en esta población y tuvo el eslogan “En buen

⁷ Plataforma de CCMM 96.

⁸ Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), *Declaración y Plataforma de Acción*, Beijing, septiembre de 1995; objetivos estratégicos C.1., C.2., C.3.

plan... planifiquen". Frente a los nuevos acuerdos internacionales en México se formuló el *Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000* que integró objetivos y estrategias de acción con enfoque de género, orientadas a la educación sexual y salud reproductiva de adolescentes, planificación familiar, cuidado de la salud de las mujeres, atención materno-infantil, y la prevención, detección y manejo de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH-SIDA. Este programa contribuyó al incremento del uso de anticonceptivos aunque la gran mayoría de los que se promovieron no requerían la participación del hombre lo que sigue siendo un problema para la igualdad de género en salud.

Junto con ese programa se creó también el *Programa Nacional de la Mujer 1995-2000*, y en 1997 el *Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual*. En ese contexto se empezó a desarrollar la política pública del gobierno mexicano dirigida a adolescentes y jóvenes enfocada específicamente al tema de salud sexual y reproductiva, aunque concentrando sus esfuerzos en su vertiente de información y campañas preventivas de embarazos en la adolescencia y la juventud, y de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.⁹ Precedido por programas de sobrevivencia infantil, salud materna y planificación familiar, se desarrolló un programa de acción interinstitucional para abordar particularmente la prevención y lucha contra el SIDA en adolescentes y jóvenes, en coordinación con el Consejo Nacional de Lucha contra el SIDA (CONASIDA), la Secretaría de Educación Pública (SEP) y algunas organizaciones no gubernamentales. En ese contexto también el Instituto Mexicano de Seguridad Social creó en 1997 los *Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA)*, con el objetivo de acercar a las y los adolescentes los servicios mediante un espacio en sus unidades médicas para satisfacer sus necesidades de atención médica, información, educación para el autocuidado de la salud, consejería y desarrollo social.

El tema de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes puso en el debate sobre políticas públicas las amplias y complejas temáticas de su sexualidad, y los consensos en materia de métodos anticonceptivos para ese grupo poblacional se plasmaron en la Norma Oficial Mexicana 005 de los Servicios de Planificación Familiar, cuyo propósito es uniformar criterios de operación de la prestación de los servicios de planificación familiar en un marco de derechos humanos. En esa norma oficial se incorporó la atención a la salud reproductiva de las y los jóvenes, la operación de los servicios de salud para otorgarles orientación y consejería, y métodos de planificación familiar con base en el con-

⁹ Para conocer más sobre la historia de las instituciones con trabajo para la juventud en diversos temas en México véase Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) (2000), *Jóvenes e Instituciones en México. 1994-2000*, México, IMJ-SEP.

sentimiento informado que respeta derechos, tales como la decisión voluntaria, responsable e informada, la elección y uso de tales beneficios para la prevención de embarazos no deseados o no planeados.

De 2001 a 2006, el gobierno federal implantó políticas públicas más definidas para la salud reproductiva para adolescentes, a través de sus *Programas de Acción de Salud Reproductiva*, de *Atención a la Salud de la Adolescencia*, en la Secretaría de Salud, y del *Programa Nacional de Población* a cargo del Consejo Nacional de Población. Con ello se dio un paso más hacia el trabajo en salud sexual y reproductiva de jóvenes con perspectiva de género, al considerar a este sector de la población dentro las principales problemáticas de salud reproductiva y como una cuestión de desigualdad de género que requería de atención particular para avanzar en metas específicas sobre salud y educación, como la prevención de embarazos no deseados en adolescentes y la disminución de la tasa de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años, cuando había 366 mil embarazos en adolescentes al año en el país; se planteó también el aumento de la prevalencia de uso de métodos modernos de planificación familiar del 47% al 54% del total de mujeres menores de 20 años, y otras metas como la reducción del 15% de la prevalencia en VIH/SIDA e ITS con especial atención en las y los jóvenes. Con la creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en el 2003, el gobierno mexicano propició un espacio específico para el seguimiento de estas políticas, en coordinación con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, el Centro Nacional de Lucha contra el SIDA y el Consejo Nacional de Población.

Aunado a lo anterior, cabe destacar que para el año 2003 la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), en coordinación con más de 80 organizaciones de la sociedad civil, elaboró un documento llamado *Cartilla de Derechos Sexuales de las y los Jóvenes* en la que plasmó la definición de 13 derechos sexuales como son: el derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad; ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual; manifestar públicamente mis afectos; decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad; al respeto de mi intimidad y vida privada; vivir libre de violencia sexual; la libertad reproductiva; la igualdad de oportunidades y la equidad; vivir libre de toda discriminación; información completa, científica y laica sobre sexualidad; educación sexual; servicios de salud sexual y salud reproductiva; participación en las políticas públicas sobre sexualidad.

Esta cartilla fue retomada por la Secretaría de Salud de tal manera que la distribuyó a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y su *Programa de Acción Específico de Salud Reproductiva* en sus líneas de acción dirigidas a la población adolescente.

2. Sexualidad y salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes: algunos datos relevantes en México

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años de edad, basándose en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de este grupo poblacional. Para el 2005, las proyecciones del Consejo Nacional de Población estimaron que en México había 35,275,591 jóvenes de entre 12 y 29 años de edad, lo cual representa poco más del 35% de la población total. En nuestro país, diversos programas tanto gubernamentales como de organizaciones de la sociedad civil organizada han buscado brindar servicios de salud a las y los adolescentes de acuerdo con sus necesidades. Al mismo tiempo, esto ha contribuido en el desarrollo de estudios cuantitativos y cualitativos, como encuestas nacionales e investigaciones de campo que han develado una serie de condiciones y prácticas de la vida sexual de las y los jóvenes y de sus necesidades en salud sexual y reproductiva.

En cuanto a las prácticas sexuales de las y los adolescentes y jóvenes en México conocemos algunos aspectos relevantes reportados por investigaciones y encuestas¹⁰ como la Encuesta Nacional de Juventud 2000 (ENJ 2000). Los resultados indican que el 84% de las y los jóvenes encuestados afirma haber tenido una relación de noviazgo y que la edad del primer noviazgo tanto de hombres como de mujeres, en general, es entre los 15 y los 19 años. Asimismo, lo que más se permite en esta etapa son los besos y abrazos, seguidos de cualquier otro tipo de caricias pero sin llegar a tener relaciones sexuales.

El 59% de los hombres contestó que sí ha tenido relaciones sexuales, mientras que en el caso de las mujeres respondió lo mismo el 50.5%. Según los datos de esta encuesta, la edad de inicio del coito sexual va de los 15 a los 19 años de edad. Las mujeres reportan haber tenido su primera relación sexual principalmente con su esposo, seguido de las que reportan haberlo hecho con su novio; mientras que para los hombres, primero reportan haberlo hecho con su novia y en segundo lugar con una amiga, quedando la esposa como la tercera opción. Además, la valoración que hacen de su primera relación coital y de su vida sexual en general es positiva, ya que más del 80% la valora como agradable y muy agradable.

Un poco más de la mitad de las y los jóvenes que tienen relaciones sexuales usa métodos anticonceptivos siendo los más comunes el condón y el dispositivo

¹⁰ Una de las primeras encuestas nacionales que develó información sobre la sexualidad de adolescentes y jóvenes fue la *Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior*, realizada por el Consejo Nacional de Población, en 1988.

intrauterino (DIU). En promedio, más del 80% de las mujeres y los hombres jóvenes manifestaron conocer tanto los métodos anticonceptivos como aquellos que sirven para la protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA. Todos los datos anteriores deben considerarse para seguir promoviendo y facilitando el acceso y el uso de métodos anticonceptivos en ese grupo poblacional.

Por otra parte, los resultados de la Encuesta Nacional de Juventud 2005 (ENJ 2005) reiteran que la edad de inicio de las relaciones sexuales está entre los 15 y los 19 años de edad, lo que confirma la necesidad de considerar las condiciones en las que se da inicio en términos de la información con que cuentan para hacerlo con responsabilidad, utilizando métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados o el condón para prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Hay que recordar que la iniciación temprana de sus relaciones sexuales ha sido considerada como un factor de riesgo, ya que la tasa de cambio de pareja sexual resulta ser más elevada entre las y los jóvenes de 15 a 24 años de edad sumado a que muchas prácticas sexuales se realizan sin utilizar métodos de prevención de embarazos o infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA. Los datos de esta encuesta reportan que las y los jóvenes que han tenido relaciones sexuales representan el 48.7% (véase cuadro 1).

CUADRO 1. HOMBRES Y MUJERES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES Y EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, POR GRUPOS DE EDAD – ENJ 2005

Grupo de edad	Antes de 12	12-14	15-17	18-20	Después de 20
<i>Hombres</i>					
12-14	-	99.3	-	-	-
15-19	-	11.3	68.7	-	-
20-24	0.4	3.4	50.6	39.8	6.1
25-29	-	5.7	44.8	36.3	8.5
<i>Mujeres</i>					
12-14	19.2	45.6	-	-	-
15-19	0.1	16.6	58.2	16.5	-
20-24	-	3.5	38.0	49.9	7.0
25-29	-	6.7	22.8	37.8	14.0

Con respecto a la primera relación sexual en mujeres jóvenes, la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (SSA-ENSAR, 2003) reportó que más del 50% de las mujeres jóvenes han tenido relaciones sexuales por primera vez (véase cuadro 2).

CUADRO 2. PORCENTAJE DE EDAD DE MUJERES JÓVENES QUE HAN TENIDO
RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ

<i>Edad Años</i>	<i>15</i>	<i>16</i>	<i>17</i>	<i>18</i>	<i>19</i>
%	7.4	11.9	21.2	27.6	31.9

Aun cuando en México los embarazos de adolescentes han venido descendiendo paulatinamente, la proporción actual de jóvenes de 15 a 19 años de edad que ha procreado al menos un hijo es de 70 por cada mil. Según las encuestas realizadas se ha presentado una disminución significativa: en 1975 una de cada 7 adolescentes era madre; en 1990 una de cada 12, y finalmente, en 2000 una de cada 14.¹¹

Por su parte los datos de la ENJ 2005 reportan que los embarazos de las jóvenes se concentran después de los 20 años de edad (42.9%); el 5.7% de los hombres declaró haber embarazado a alguien antes de los 20 años, mientras que el 7.6% de las mujeres declararon haberse embarazado antes de esa edad. La edad que tenían las jóvenes al embarazarse por primera vez se concentra principalmente en el rango de 18-20 años (14.5%), seguido de las menores de 18 años (26.8%), de 21-23 años (20.7%) y más de 23 años (10%). Recordemos que en 1975 existía una tasa de fecundidad de 130,000 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes; disminuyendo a 81 x 1000 mujeres para 1995; estimándose actualmente en 70 x 1000.

También el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2001) reporta que ha habido un descenso en el embarazo adolescente; sin embargo, actualmente aun existen 366,000 embarazos no planeados anualmente en mujeres menores de 20 años. Es decir, una de cada 6 jóvenes tiene un hijo antes de esta edad. Sin embargo, cabe mencionar que existen diferencias regionales; por ejemplo, en el Distrito Federal una de cada 5 adolescentes es madre, mientras que en Chiapas, una de cada 2 lo es. Es importante mencionar que, de ese total (366,000 embarazos adolescentes), 180 terminan en muerte materna, constituyendo la cuarta causa de muerte en adolescentes y jóvenes,¹² dato por el que algunos especialistas señalan que el embarazo en la adolescencia se asocia a un mayor riesgo para la salud de la adolescente y su producto, además de limitar sus oportunidades de desarrollo reproduciendo condiciones de pobreza en aquellas adolescentes embarazadas de sectores socioeconómicos bajos (GUZMÁN *et al.*, 2001).

¹¹ Programa de Atención a la Salud Adolescente (PASA) 2001-2006.

¹² *Idem.*

En cuanto a los métodos de planificación familiar, la ENJ 2005 reporta que sobre el conocimiento de algún método anticonceptivo, el 92.5% de las y los jóvenes comentó conocer al menos uno. El que obtuvo mayor reconocimiento fue el condón (preservativo) mencionándolo en un 90% de los casos; el segundo lugar lo ocupó la píldora y en tercer sitio la ligadura de trompas de falopio y la vasectomía; es importante mencionar que en ambos casos, tanto hombres como mujeres respondieron casi por igual.

Las jóvenes mencionaron con mayor frecuencia el dispositivo intrauterino (DIU) seguido por los métodos inyectables, lo cual permite suponer que ellas tienen más y mejor acceso a información sobre el uso de estos métodos. El 60% de las y los encuestados declararon utilizar al menos un método anticonceptivo. Sin embargo, el conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres jóvenes ha ido en aumento (véase cuadro 3).

CUADRO 3. MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE CONOCEN UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO SEGÚN CONDICIÓN, ENTRE 1992 Y 1997 – CONAPO, 2001

Condición	1992	1997
Paridad un hijo	92.5	94.1
Sin escolaridad	79.5	82.4
Secundaria o más	98.7	99.4
Residir en área rural	86.5	90.0
Residir en área urbana	97.7	98.5

En la ENJ 2005 se refleja que la edad que tenían las y los encuestados cuando comenzaron a utilizar algún método anticonceptivo oscila entre los 17 y los 20 años; siendo a los 18 años la mayor recurrencia con el 19.9%. Desglosado en sexo, los jóvenes con 19 años de edad representan el 15.6%, mientras que son las jóvenes de 20 años las que representan el mayor porcentaje con el 28.7%. Como puede observarse, son las jóvenes las que comienzan de manera más tardía con el uso de métodos anticonceptivos, reflejándose que el control que tienen sobre sus cuerpos es desigual respecto a los varones.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENS 2000) y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR 2003), para este último año, el 34.5% de las jóvenes que tuvieron relaciones sexuales por primera vez utiliza-

ron algún método anticonceptivo, representando un incremento casi del doble en comparación con el 19.4% reportado en el año 2000; teniendo una mayor preferencia por uso el condón con el 53.7% del total de jóvenes que utilizaron un método, seguido por el DIU, representando el 51.2%. Cabe resaltar que del porcentaje de uso del condón, el 24.9% de mujeres jóvenes fueron las que lo propusieron mientras que el 75.2% fueron los varones jóvenes. Sin embargo, la ENJ (2005) reporta que, en relación a la primera vez y la utilización de métodos, salvo los jóvenes del rango de edad entre 12 y 24; el resto, fundamentalmente las jóvenes, no usaron ningún método.

Por otro lado, datos de la Encuesta de Salud Reproductiva del CRIM-UNAM 2005 reportan que el método más utilizado fue el preservativo, siendo declarado más por los varones (89.5%) que por las mujeres (80.8%); seguido por las píldoras anticonceptivas con el 5.5%, en donde la proporción de los sexos se invierte, es decir, lo declaran más ellas que ellos.

Con relación a la última relación sexual, el uso aumenta considerablemente a mayor edad; aunque baja para los jóvenes cuya edad oscila entre los 25 y 29 años, mientras que las mujeres de esta misma edad reportan más su uso lo que permite suponer que es en ellas en quien se delega esta medida de prevención. Los datos de esta encuesta reiteran una vez más que fue el condón el método más utilizado (77.7%), seguido de las píldoras anticonceptivas (10.1%) y por último, el DIU (4.1%). También exponen que de las y los jóvenes que sí utilizan un método de planificación familiar, el 57.6% lo hace en consenso con su pareja, es decir, ambos toman la decisión de utilizarlo; los casos en que lo hacen de manera individual representan el 36.5%. Resulta importante resaltar es que 3 de cada 10 de mujeres de entre 12 y 14 años de edad de dicha encuesta dejan la decisión de utilizar un método anticonceptivo a la pareja.

Sobre las razones que brindan las jóvenes para no utilizar un método anticonceptivo, tenemos información como la que presenta la Encuesta de Salud Reproductiva del CRIM-UNAM (2005), donde se reporta que no lo hicieron porque no cuentan con conocimiento o información sobre ellos (27.3%); que no planearon el encuentro sexual (22.4%), o que no tuvieron acceso a alguno (21.3%). El resto simplemente respondió que no quiso usarlo. Por su parte, en los jóvenes se tiene que el 18% desconocían o no tenían información sobre el mismo, el 17.1% no planearon utilizar algún método, el 16.4% no tuvo acceso a alguno, y 14% no quiso utilizarlo, argumentando que “no se siente igual”. Aquí se presenta una diferencia sustancial entre los sexos respecto al porcentaje sobre los motivos de no uso de algún método de planificación familiar, presentando a las mujeres jóvenes en situación de desventaja dado que representan un porcentaje

mayor las que no cuentan con información, las que no lo planearon, las que no tuvieron acceso a alguno y las que no quisieron utilizar.

En cuanto al medio por el cual obtienen información sobre métodos anticonceptivos, en la ENJ 2005 los jóvenes reportaron en primer lugar a las y los profesores, seguido del personal de salud y en tercer lugar de libros y revistas; mientras que las jóvenes reportaron lo mismo en los primeros dos sitios, excepto que en tercer lugar ubicaron a las madres como la fuente de información antes que los libros y las revistas. En relación al medio por el que obtuvieron información sobre VIH/SIDA, tanto para los hombres como para las mujeres en primer lugar aparecen los profesores, en segundo los libros y revistas y en tercer lugar el personal de salud (véase cuadro 4).

CUADRO 4. MEDIO POR EL CUAL OBTUVIERON INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA – ENJ 2005

Medio por el cual obtuvieron información	Información sobre métodos anticonceptivos (%)		Información sobre ITS y VIH-SIDA (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Profesores	58.7	59.5	67.3	70.3
Libros y revistas	31	35.9	35.8	38.4
Personal de salud SSA	34	39.5	31	34.4
Médico/a privado	26.5	27.5	25.2	26.1
Madre	20.6	36.4	19.1	30.4
Radio/ TV	21.3	17.8	20.6	17.8
Padre	26.2	14.4	26.6	13.5
Amigos/as	11.7	10.2	13	11.4

Finalmente es importante considerar lo relativo a infecciones de transmisión sexual (ITS) y las fuentes de información sobre éstas, incluyendo el VIH/SIDA, que según la ENJ 2005 el 83.6% conocía sobre ellas, respondiendo que no las conocen el 16.0%; la proporción entre hombres y mujeres es muy similar (ocho de cada 10 en ambos casos), con lo cual se puede inferir que tanto ellas como ellos tienen acceso a información sobre éstas. Sin embargo, el 1.6% reporta haberse contagiado de alguna ITS, siendo más el caso de los hombres (2.3%) respecto a las mujeres (1.0%). La gonorrea es la infección más frecuente (38%), seguida de

virus del papiloma humano (VPH) con el 10.4%; recibiendo tratamiento específico el 83.8% de ellas y ellos.

Presentar este cúmulo de datos tiene el objetivo de llamar la atención en relación a la falta de información veraz y confiable que tienen las y los jóvenes sobre la sexualidad y los temas directamente relacionados con su salud sexual y reproductiva; las diferencias que siguen evidenciando desigualdad de género de las mujeres para quienes la alternativa del uso de anticonceptivos sigue quedando casi como de exclusiva responsabilidad, sin considerar que en su mayoría sólo son para prevenir embarazos mas no infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA; además de la falta de información confiable y representativa relativa a las experiencias sexuales de las y los jóvenes, los motivos para tenerlas, los elementos tomados o no en cuenta por las y los jóvenes para aceptar tener relaciones sexuales, entre otras cosas.

En este contexto, es muy conveniente retomar los beneficios del marco legal que posibilita seguir avanzando en estos temas en beneficio de la población joven de México y la mejora de las condiciones de posibilidad para el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.

3. Igualdad entre mujeres y hombres y prohibición de la discriminación por sexo: herramientas jurídicas para avanzar políticas públicas para la equidad y la igualdad en salud

La promoción de la salud con perspectiva de género y de los derechos sexuales y reproductivos son el marco actual de las políticas internacionales, a las cuales se suscribió el gobierno mexicano. Así, en México se ha avanzado algunas acciones desde hace varios años en un amplio movimiento político y social en cuanto a derechos humanos y leyes se refiere.

Es a partir de la consolidación de la importancia de los derechos humanos que se han desprendido especificaciones respecto a diversos ámbitos de aplicación de éstos; tal es el caso de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. De esta manera, los derechos sexuales abrieron la perspectiva para incluir a todos los sujetos sociales; a saber, las mujeres, las niñas y los niños, los/as adultos/as mayores, las y los jóvenes, etcétera. Se busca reconocer a todas y todos ellos como sujetos de derecho, particularmente dando pautas para reconocer la diversidad de estilos sexuales.

Los programas de salud en sus líneas de acción para la atención de la salud reproductiva y la salud sexual, son muestra de las propuestas para avanzar. Sin embargo, hasta hace poco tiempo no se contaba con leyes específicas que sus-

tentaran el avance de las políticas públicas para la no discriminación por sexo y la igualdad entre mujeres y hombres en materia de salud. Desde una perspectiva de derechos humanos, en México se dieron acciones legislativas precisas para constituir un marco legal sobre la no discriminación por sexo y sobre la igualdad entre mujeres y hombres que impactan entre otros, al derecho a la protección de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.

En el año 2003, el Congreso Mexicano expidió la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación en congruencia con los documentos vinculantes internacionales de derechos humanos incluidos los derechos de las mujeres.¹³ En ella se plasman acciones concretas que buscan prevenir y eliminar todas las formas de discriminación incluyendo la discriminación por sexo. De acuerdo con esta Ley se entiende por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.

En materia de salud, el artículo 9o., fracciones v, vi y xxi, de esta Ley define como conductas discriminatorias: negar o limitar información sobre derechos reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas; negar o condicionar los servicios de atención médica, impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios; limitar el derecho a los servicios de atención médica adecuados en los casos que la ley así lo prevea; impedir el acceso a cualquier servicio público o institución privada que preste servicios al público. De esta manera, la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación fundamenta legalmente el trabajo en salud relativo a eliminar toda forma de discriminación por género en el acceso y la atención en los servicios de salud, en la difusión y promoción sobre derechos reproductivos y el ejercicio de la autodeterminación reproductiva en mujeres y hombres. De igual manera, conmina a promover estrategias que garanticen el acceso y la calidad de los servicios de atención médica, a mujeres y hombres, atendiendo sus diferentes necesidades y condiciones de vida y salud

Aunado a lo anterior, en el capítulo iii, artículo 10, esta Ley propone medidas positivas y compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades para las mujeres, con disposiciones acerca de ofrecer información completa y actualizada, y

¹³ Véase Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, y la Convención para la Prevención, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem Do Pará".

asesoramiento personalizado sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos, así como garantizar el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos, con la atención obligatoria de las mujeres que lo soliciten por parte de las instituciones de salud y de seguridad social. Así también, en el artículo 12 establece que se debe garantizar el acceso a los servicios de atención médica para las personas mayores de 60 años; en el artículo 13 prevé promover que las personas con discapacidad reciban en las unidades del sistema nacional de salud el tratamiento y los medicamentos que requieran para mantener y aumentar su capacidad funcional y su calidad de vida. Sin embargo, en cuanto a adolescentes y jóvenes la ley no dispone nada en específico; aunque en su artículo 11 sí establece como medidas positivas y compensatorias para niñas y niños como impartir educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad, la planificación familiar, la paternidad responsable y el respeto a los derechos humanos. Cabe mencionar que en su artículo 14, la Ley prevé medidas positivas y compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades para la población indígena; sin embargo, no contempla nada de manera explícita en lo relativo a salud.

Por otra parte, la igualdad entre mujeres y hombres quedó ratificada y definida como una obligación en la administración pública en todos los niveles de gobierno a través de la promulgación de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en agosto de 2006. En esta Ley se avanza en materia de no discriminación por sexo, estableciéndose que la igualdad entre mujeres y hombres implica la eliminación de toda forma de discriminación en cualquiera de los ámbitos de la vida, que se genere por pertenecer a cualquier sexo.

En lo relativo a la política nacional en materia de igualdad, la Ley establece, en su artículo 17, fracciones iv y vi, que el Ejecutivo Federal debe promover la igualdad de acceso y el pleno disfrute de los derechos sociales para las mujeres y los hombres, así como promover la eliminación de estereotipos establecidos en función del sexo. Particularmente, en su artículo 37 define que para promover la igualdad en el acceso a los derechos sociales y el pleno disfrute de éstos, la política nacional debe considerar el objetivo de mejorar el conocimiento y la aplicación de la legislación existente en el ámbito del desarrollo social; supervisar la integración de la perspectiva de género al concebir, aplicar y evaluar las políticas y actividades públicas, privadas y sociales que impactan la cotidianidad, y revisar permanentemente las políticas de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia de género. En ese sentido, las políticas dirigidas al derecho social de la protección de la salud deben incorporar los objetivos planteados en consideración del impacto que tienen en la cotidianidad de las personas, su convivencia y el desarrollo humano de las comunidades que conforman.

En el artículo 38, fracción vi, la Ley dispone que las autoridades correspondientes deben impulsar acciones que promuevan el conocimiento en la sociedad de la legislación y la jurisprudencia en materia de igualdad, difundan en la sociedad sus derechos y mecanismos de exigibilidad, y aseguren la igualdad de acceso de mujeres y hombres a la salud, dando la pauta legal para las acciones que deben realizarse en el sector salud. Finalmente, la Ley establece en su capítulo sobre la eliminación de estereotipos establecidos en función del sexo, artículos 41 y 42, que la eliminación de los estereotipos que fomentan la discriminación y la violencia contra las mujeres es un objetivo de la *política nacional*, por lo cual las autoridades correspondientes deberán promover acciones que contribuyan a erradicar toda discriminación basada en estereotipos de género, desarrollar actividades de concientización sobre la importancia de la igualdad entre mujeres y hombres, así como vigilar la integración de una perspectiva de género en todas las políticas públicas, lo que fundamenta la importancia de incorporar dicha perspectiva en las políticas que difundan mensajes sobre salud de mujeres y hombres, como es el caso de las campañas de salud.

Como herramientas jurídicas para avanzar políticas públicas para la equidad y la igualdad en salud ambas leyes dan algunos elementos para identificar algunos avances y retos en la atención de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes y el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos.

4. Algunas reflexiones y retos en materia de igualdad de género y no discriminación por sexo en el marco de los derechos humanos para la salud sexual y reproductiva de jóvenes

Si bien es sabido que la promulgación de leyes no es suficiente para garantizar su cumplimiento y las sanciones correspondientes en el caso contrario, es muy importante reconocer el valor ético y normativo que contienen las recientes leyes para la igualdad entre mujeres y hombres, y para la no discriminación en general, pero particularmente para aquella que se presenta por sexo donde lo más común es que sean mujeres las afectadas por esta falta de respeto a tal derecho.

Desde el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 se propuso la inclusión de la perspectiva de género para el estudio, normatividad, prestación de servicios, educación, investigación, análisis y evaluación en materia de salud sexual y reproductiva, con el objetivo de asegurar relaciones equitativas entre los géneros y la igualdad de oportunidades para contribuir a la defensa de los derechos de las mujeres, especialmente los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, vale la pena considerar algunos pendien-

tes y retos en materia de salud sexual y reproductiva para las y los jóvenes, con base en los ordenamientos de cada una de las leyes sobre igualdad entre mujeres y hombres, y sobre discriminación, ley general y ley federal respectivamente.

En lo relativo a los mandatos de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación debemos señalar que en los servicios de salud reproductiva para jóvenes no se deben realizar conductas discriminatorias, tal y como lo establece el artículo 9o., fracciones v, vi y xxi. Además, deberían desarrollar medidas temporales y compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades para las mujeres como lo establece el artículo 10. Se trata de que cada vez que acuda una mujer o un hombre joven a los servicios de salud sexual y reproductiva, se le brinde toda la información (completa, clara y veraz) sobre sus derechos reproductivos y todo lo relacionado a su ejercicio como es el caso de la información sobre todos los métodos para prevenir un embarazo incluyendo la anticoncepción de emergencia, o para prevenir una ITS y VIH/SIDA, sin distinción alguna por su sexo. Más aún, las acciones de promoción de la salud, deben contener medios de información y actividades que posibiliten la difusión de sus derechos sexuales y reproductivos para que cada vez más las y los jóvenes tengan información veraz y confiable con la que puedan tomar decisiones sobre su sexualidad y sobre los servicios que requieren para mantenerse saludables o encontrar soluciones a las enfermedades que puedan llegar a tener, incluyendo las ITS. Asimismo, de ninguna manera se le debe impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas para lo cual los servicios de salud deben garantizar la atención completa, oportuna y de calidad a todas las mujeres y hombres jóvenes que busquen un embarazo, o que requieran de atención prenatal, durante el parto y posparto, así como lo necesario para que obtengan un buen método de anticoncepción posparto. Asimismo, esta Ley sustenta la obligación de los servicios de salud de brindar una atención oportuna y con calidad para la interrupción legal del embarazo en aquellos casos donde la ley así lo permite. Finalmente, como conducta discriminatoria, esta Ley prohíbe impedir la participación de las y los jóvenes en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios lo que implica la obligación de los servicios de salud de brindarles toda la información y consejería para conocer el tratamiento recomendado, las opciones con las que cuentan para enfrentar alguna problemática de salud sexual y reproductiva y que participen en las decisiones requeridas. Esto debe realizarse sin importar su sexo o condición social o cualquier otra característica o condición de vida.

Para esto, la Ley también mandata la promoción de estrategias para garantizar el acceso y la calidad de los servicios, lo que incluye los servicios de salud sexual y reproductiva, básicamente integrados en el desarrollo de los Programas

de Acción sobre salud reproductiva, ITS y VIH/SIDA. Para que tengan mejor acceso habría que reforzar las estrategias de servicios especializados y amigables para adolescentes y jóvenes, con horarios que posibiliten tanto a las mujeres como a los hombres jóvenes, de poblaciones escolarizadas o no escolarizadas, y de los ámbitos urbanos y rurales, e indígenas, su acceso. De igual manera, se tendrían que fortalecer la calidad de la atención con personal capacitado para ofrecer estos servicios amigables, respetando el derecho a la igualdad de oportunidades tanto para las mujeres jóvenes como para los hombres jóvenes, así como su derecho a decidir de manera libre e informada, sobre las alternativas para prevenir, detectar o atenderse en caso de una ITS, o de requerir algún servicio de salud reproductiva relacionado al uso de métodos anticonceptivos.

Como medida compensatoria, los servicios de salud deben mantener y reforzar su política de tolerancia cero al rechazo de la atención a cualquier mujer joven (y de hecho de cualquier edad), ya sea embarazada o no, que requiera algún servicio de salud sexual o reproductiva. Se trataría, entre otras cosas, de que por ningún motivo se deje de brindar la atención oportuna y de calidad a toda mujer joven que solicite información o algún servicio por algún problema o situación de salud reproductiva como una sospecha o presencia de un embarazo o la prevención del mismo o algún un malestar nuevo durante ese periodo, sospecha de ITS o VIH/SIDA, necesidad de tomar una pastilla de anticoncepción de emergencia o de contar con un preservativo lo antes posible. Además de que se garanticen las condiciones materiales, financieras y de personal de salud que permitan dicha atención inmediata, incuestionable e impostergable.

Finalmente, los ordenamientos de esta ley obligan a la creación de programa educativos y de salud para niñas, niños y, por tanto, adolescentes y jóvenes, que garanticen la impartición de educación para la salud, el conocimiento integral de la sexualidad y la planificación familiar, así como brindarles información sobre la paternidad responsable, sus derechos humanos y el respeto de los mismos, desde una metodología participativa e integral que fortalezca sus habilidades y conocimientos para la toma de decisiones. Cabe recordar que la falta de información veraz y oportuna como parte de una educación sexual con enfoque de género en el marco de los derechos humanos, que incluya temas sobre masculinidad y feminidad y el derecho a la no discriminación por sexo y la igualdad entre mujeres y hombres, también en la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, puede considerarse como un elemento más que dificulta las relaciones sexuales con protección y prevención de consecuencias no esperadas como un embarazo o una infección de transmisión sexual, o un aborto inducido en condiciones de riesgo por un embarazo no deseado y para el cual una joven no se sienta capaz de hacerse cargo.

Por otra parte, en cuanto a los mandatos de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres es necesario resaltar que éstos obligan a difundir este marco legal entre la población incluyendo a las y los jóvenes, así como entre todas las personas, servidores públicos, involucrados en las funciones de políticas y actividades de la administración pública. Se trata de que todas las personas que trabajan en el sector público deben conocer este marco legal así como la trascendencia de su cumplimiento para la construcción de una sociedad más democrática, equitativa e igualitaria en su conjunto.

Esta Ley manda la integración de la perspectiva de género en todos los programas y estrategias de acción, en su concepción, aplicación y evaluación, lo cual implica la sensibilización y capacitación en la perspectiva de género de todos los funcionarios de la administración pública, incluyendo los del Sistema Nacional de Salud, así como las y los servidores públicos encargados de operar dichos programas y estrategias.

En el campo de la salud, también implica que todos los programas de acción para la promoción, prevención y atención de enfermedades incorporen la perspectiva de género promoviendo la igualdad de oportunidades en la atención, la creación de medidas compensatorias que busquen eliminar las inequidades de género y promuevan condiciones para el ejercicio del derecho a la protección de la salud tanto para mujeres como para los hombres. En cuanto al acceso a los servicios, corresponde un trabajo intersectorial en donde también las políticas públicas de educación incluyan acciones de promoción de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos, así como las políticas públicas de comunicaciones y transportes garanticen el acceso real y oportuno de las mujeres jóvenes a los centros de salud y hospitales, sobre todo en comunidades rurales muy alejadas.

Los ordenamientos de esta Ley conllevan la obligación de difundir los derechos en materia de igualdad y los mecanismos de exigibilidad. Sin embargo, de estos últimos es necesario desarrollarlos de manera más precisa y adecuada para que sean accesibles a toda la población, incluyendo a las y los jóvenes que los requieran. Se trata de que ellas y ellos conozcan sus derechos así como los mecanismos que existen para exigirlos, incluso en el campo de la atención a la salud en donde ellas y ellos puedan exponer sus quejas y denuncias en torno a dificultades para ejercer sus derechos a la información y la atención a la salud sexual y reproductiva, al trato que reciben por parte del personal de salud, a posibles prácticas discriminatorias en su contra por sexo o por su edad.

Finalmente, todos los programas de acción de salud y todas las campañas en salud deben atender la obligación de eliminar estereotipos tradicionales de género en sus mensajes de promoción y prevención tal y como lo mandan los artículos 41 y 42 de esta Ley. Esto quiere decir, por ejemplo, que los mensajes que

se difundan como parte de las campañas de salud para la población en general, incluyendo las y los jóvenes, no promuevan estereotipos machistas o reforzadores de un valor superior de la masculinidad sobre la feminidad ni estereotipos femeninos que refuerzan la idea del valor de la mujer sólo como madre o como proveedora de cuidados de las otras personas; que no se promuevan imágenes en las que se vincula a la mujer como la persona con mayor responsabilidad en las actividades domésticas y al hombre como el mayor responsable en las actividades públicas, entre otros estereotipos que, para dar cumplimiento a esta Ley, se deberán analizar y dismantelar a través de las campañas de salud y de otros sectores.

Para la elaboración de mensajes adecuados al contexto de la población adolescente según su condición socioeconómica es necesario que los programas de salud consideren los resultados de investigaciones realizadas por instituciones académicas nacionales e internacionales que cuentan actualmente con centros o áreas de investigación especializada en cuestiones de género que han producido mucho conocimiento en torno a diversos temas sociales y su relación con esta categoría de análisis en aspectos de sexualidad, salud sexual y reproductiva. Asimismo, es necesario que se desarrollen líneas de investigación relacionadas a las condiciones de posibilidad para ejercer el derecho a la igualdad de género en el ámbito de la salud, tanto para su salud sexual y reproductiva como para otras temáticas sobre la salud, las diferentes enfermedades que afectan la salud de las y los jóvenes, sus necesidades específicas de salud por sexo y por género, el acceso a los servicios, la calidad de la atención, entre otras cosas. Esto contribuiría a producir conocimiento especializado para valorar y en su caso, proponer, intervenciones específicas para viabilizar el respeto a la no discriminación por sexo en cualquier servicio de salud, sea o no de salud sexual y reproductiva.

Cabe recordar que la Organización Mundial de la Salud (2001) ha propuesto algunas líneas de investigación entre las cuales encontramos el estudiar los determinantes de conductas positivas; investigar los roles de género y las herramientas de vida que afectan la situación de salud de las mujeres jóvenes; explorar la conducta sexual premarital, los caminos en los cuales las parejas sexuales se forman entre las y los jóvenes, y los respectivos significados sociales que las mujeres y los hombres atribuyen a la relación; investigar las maneras en las cuales el o la joven sexualmente activo/a maneja el doble riesgo del embarazo no deseado y la ITS.

Otro gran reto es la armonización de las leyes locales con las leyes generales y federales en lo relativo a la igualdad de género, la no discriminación, y todo lo que en ello involucra a los temas de salud. En ese sentido cabe mencionar el caso de la legislación del Distrito Federal, dirigida a la atención de jóvenes como ejemplo de los avances en materia de salud reproductiva y salud sexual de las y

los jóvenes con base en el principio de la igualdad de género y la no discriminación por sexo en el campo de la salud. En el año 2001 fue creada la *Ley de las y los Jóvenes del Distrito Federal* cuyo objetivo fue delimitar las líneas de acción referente a la creación y cumplimiento de los derechos humanos de este sector de la población.

En materia de derecho a la salud, el capítulo v de esta Ley consta de los siguientes artículos:

Artículo 15. Todas las y los jóvenes tienen el derecho al acceso y a la protección de la salud, tomando en cuenta que ésta se traduce en el estado de bienestar físico, mental y social.

Artículo 16. El Gobierno debe formular las políticas y establecer los mecanismos que permitan el acceso expedito de las y los jóvenes a los servicios médicos que dependan del Gobierno.

Artículo 17. El Plan debe incluir lineamientos y acciones que permitan genera y divulgar información referente a temáticas de salud de interés y prioritarias para las y los jóvenes, adicciones, VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS), nutrición, salud pública y comunitaria, entre otros.

Por otra parte, el capítulo vi de esta Ley se refiere a los derechos sexuales y reproductivos, cuyo contenido se desglosa en tres artículos:

Artículo 18. Todas las y los jóvenes tienen el derecho de disfrute y ejercicio pleno de su sexualidad y a decidir, de manera conciente y plenamente informada, el momento y el número de hijos que desea tener.

Artículo 19. El Gobierno debe formular las políticas y establecer los mecanismos que permitan el acceso expedito de las y los jóvenes a los servicios de información y atención con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Artículo 20. El Plan debe incluir lineamientos y acciones que permitan generar y divulgar información referente de salud reproductiva, ejercicio responsable de la sexualidad, VIH-SIDA, educación sexual, embarazo en adolescentes, maternidad y paternidad responsable, entre otros.

Conviene recordar que aun cuando se han presentado avances significativos en lo que respecta a la implementación de leyes y normas promotoras y facilitadoras del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, todavía queda mucho por hacer. Los programas y acciones implementados para lograr que las mujeres y los hombres se incorporen, por medio de una conciencia de sí respecto a su salud, resultan aún incipientes. Hablar de derechos, leyes y normas es muy importante pero es indispensable generar los mecanismos adecuados para lograr

que las y los jóvenes ejerzan efectivamente sus derechos sexuales y reproductivos a través de servicios de salud con calidad y respeto a sus derechos.

5. Referencias

Brown, A. D. *et al.* (2001), *Sexual Relations Among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies*, Geneva, World Health Organization – UNDP/UNFPA/World Bank.

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM (2005), *Encuesta de Salud CRIM-UNAM*, México.

Consejo Nacional de Población, *La situación demográfica de México*, México, CONAPO, 1996-2000.

Ehrenfeld, L. N. (2008), “El embarazo en adolescentes: un tema con variaciones polémicas”, *Boletín Género y Salud en Cifras*, vol. 6, núm. 1, enero-abril de 2008.

Family Care International (1994), *Acción para el siglo XXI y derechos reproductivos para todos, Informe acerca de las medidas sobre la salud y los derechos reproductivos recomendadas en el Programa de Acción de la CIPD celebrada en El Cairo en septiembre de 1994*, Nueva York, FCI.

González, Soledad (coord.) (1999), *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, México, El Colegio de México.

Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) (2000), *Jóvenes e instituciones en México. 1994-2000*, México, Instituto Mexicano de la Juventud y Secretaría de Educación Pública.

_____ (2005), *Encuesta Nacional de Juventud*, México.

Instituto Nacional de Salud Pública (2003), *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*, México.

Jusidman, Clara (1999), “La experiencia de la participación de México en la IV Conferencia Mundial de la Mujer”, en García, Brígida (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía.

Maddaleno, M. *et al.* (2003), “Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década”, *Salud pública México*, vol. 45, suppl. 1, disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700017&lng=en&nrm=iso.

- Menkes, Catherine y Suárez, Leticia (2003), “Sexualidad y embarazo adolescente en México”, *Papeles de Población*, núm. 35, CIEAP/UAEM.
- Pérez P., Karla (2005), *Principio de igualdad: alcances y perspectivas*, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación-UNAM.
- Rodríguez, Gabriela (1999), “Sexualidad juvenil”, en Instituto Nacional de la Juventud, *Jóvenes: una evolución del conocimiento. La investigación sobre juventud en México: 1986-1999*, México, t. I.
- Saldaña P., Lucero (2007), *Poder, género y derecho. Igualdad entre mujeres y hombres en México*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Secretaría de Salud, *Programa de Atención a la Salud Adolescente*, 2001-2006.
- _____, *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar*, 1995-2000. ■