

CENTENARIO

1917 2017

CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, SIDA

Fernando Cano Valle, Mónica Pantoja Nieves y María Inés Vargas Rojas



BIBLIOTECA
CONSTITUCIONAL
INEHRM-IIJ



NUESTROS
DERECHOS

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS-UNAM
INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDIOS HISTÓRICOS DE LAS REVOLUCIONES DE MÉXICO
SECRETARÍA DE CULTURA

BIBLIOTECA
CONSTITUCIONAL
INEHRM-IIJ



NUESTROS
DERECHOS

Derechos

de las personas con síndrome de
inmunodeficiencia adquirida, SIDA.
La mujer y el VIH/SIDA en México

N U E S T R O S D E R E C H O S

CENTENARIO



CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CENTENARIO
1917 2017
CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

COMITÉ PARA LA CONMEMORACIÓN
DEL CENTENARIO DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ENRIQUE PEÑA NIETO

Presidente de los Estados Unidos Mexicanos

JESÚS ZAMBRANO GRIJALVA

*Presidente de la Cámara de Diputados
del Congreso de la Unión*

ROBERTO GIL ZUARTH

*Presidente de la Cámara de Senadores
del Congreso de la Unión*

LUIS MARÍA AGUILAR MORALES

*Presidente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación
y del Consejo de la Judicatura Federal*

REPRESENTANTES

PODER EJECUTIVO FEDERAL

MIGUEL ÁNGEL OSORIO CHONG

Secretario de Gobernación

RAFAEL TOVAR Y DE TERESA

Secretario de Cultura

PODER LEGISLATIVO FEDERAL

DANIEL ORDOÑEZ HERNÁNDEZ

Diputado Federal

ENRIQUE BURGOS GARCÍA

Senador de la República

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

JOSÉ RAMÓN COSSÍO DÍAZ

*Ministro de la Suprema Corte
de Justicia de la Nación*

MANUEL ERNESTO SALOMA VERA

*Magistrado Consejero
de la Judicatura Federal*

PATRICIA GALEANA

Secretaria Técnica

CONSEJO ASESOR

Sonia Alcántara Magos
Héctor Fix-Zamudio
Sergio García Ramírez
Olga Hernández Espíndola
Ricardo Pozas Horcasitas

Rolando Cordera Campos
Rogelio Flores Pantoja
Javier Garcíadiago
Sergio López Ayllón
Pedro Salazar Ugarte

Héctor Fix-Fierro
José Gamas Torruco
Juan Martín Granados Torres
Aurora Loyo Brambila
Gloria Villegas Moreno

CULTURA
SECRETARÍA DE CULTURA



SECRETARÍA DE CULTURA

Secretario de Cultura
Rafael Tovar y de Teresa



INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDIOS
HISTÓRICOS DE LAS REVOLUCIONES DE MÉXICO

Directora General
Patricia Galeana

Consejo Técnico Consultivo

Fernando Castañeda Sabido

Luis Jáuregui

Álvaro Matute

Érika Pani

Ricardo Pozas Horcasitas

Salvador Rueda Smithers

Rubén Ruiz Guerra

Enrique Semo

Mercedes de Vega Armijo

Gloria Villegas Moreno



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

Pedro Salazar Ugarte
Director

Francisco Ibarra Palafox
Secretario Académico

SERIE NUESTROS DERECHOS

COORDINACIÓN EDITORIAL

Raúl Márquez Romero
Secretario Técnico

Wendy Vanesa Rocha Cacho
Jefa del Departamento de Publicaciones

Isidro Saucedo
Cuidado de la edición

Isidro Saucedo
Formación en computadora

Jessica Quiterio Padilla
Diseño de interiores

Diana Chagoya González
Diseño de portada

Derechos

de las personas con síndrome de
inmunodeficiencia adquirida, SIDA.
La mujer y el VIH/SIDA en México

NUESTROS DERECHOS

FERNANDO CANO VALLE
MÓNICA PANTOJA NIEVES
MARÍA INÉS VARGAS ROJAS



INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDIOS HISTÓRICOS
DE LAS REVOLUCIONES DE MÉXICO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

KGF3411.A53

C35

2016 Cano Valle, Fernando [y otros]

Derechos de las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA. La mujer y el VIH/SIDA en México. Fernando Cano Valle, Mónica Pantoja Nieves, María Inés Vargas Rojas.

Patricia Galeana, presentación; Pedro Salazar Ugarte, presentación; Charlie Cordero, preámbulo. México, Ciudad de México: Secretaría de Cultura, INEHRM, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2016

xxv, 129 páginas (Biblioteca Constitucional. Serie Nuestros Derechos)

ISBN de la Colección (obra completa) 978-607-9276-57-7

ISBN de la Serie 978-607-9419-27-1

ISBN 978-607-9419-85-1

1. SIDA (Enfermedad)-Leyes y legislación-México. 2. SIDA (Enfermedad)-Pacientes-Condición jurídica, leyes, etc. 3. Mujeres con VIH/SIDA-México

I.t. II. ser

Primera edición: 26 de septiembre de 2016

DR © 2016. Universidad Nacional Autónoma de México

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

Circuito Maestro Mario de la Cueva s/n

Ciudad de la Investigación en Humanidades

Ciudad Universitaria, 04510 Ciudad de México

DR © 2016. INEHRM

Francisco I. Madero, núm. 1, colonia San Ángel

Delegación Álvaro Obregón, 01000 Ciudad de México

Impreso y hecho en México

ISBN Colección Biblioteca Constitucional 978-607-9276-57-7

ISBN Serie Nuestros Derechos 978-607-9419-27-1

ISBN Derechos de las personas con SIDA 978-607-9419-85-1

CONTENIDO

XV	•	Nuestros derechos a través de la historia
	•	Patricia GALEANA
XIX	•	Presentación
	•	Pedro SALAZAR UGARTE
XXIII	•	Preámbulo
	•	Charlie CORDERO
1	•	Capítulo primero. Introducción
1	•	I. Antecedentes
9	•	II. El sistema de salud en México
13	•	Capítulo segundo. Derechos y padecimientos
13	•	I. Derecho a la protección a la salud
14	•	II. Derecho a la vida
14	•	III. Derecho a la sexualidad
14	•	IV. Diagnóstico de la infección por VIH/SIDA
16	•	1. Métodos indirectos
20	•	2. Métodos directos
21	•	3. Infección aguda
22	•	4. Infección crónica

24	V. Virus, epidemia y pandemia
24	1. Concepto de virus
25	2. Concepto de epidemia
25	3. Concepto de pandemia
27	Capítulo tercero. Mujeres y SIDA
27	I. Mujeres seropositivas en el mundo
28	II. Mujeres seropositivas en México
30	III. Transmisión de VIH materno-infantil
30	1. UNICEF ante la transmisión de VIH de madre a hijo
31	2. México ante la transmisión de VIH de madre a hijo
33	IV. Condición de la mujer y el VIH/SIDA en México
33	1. Adolescentes y SIDA
35	2. Mujeres indígenas y SIDA
36	3. Las fuerzas armadas ante el SIDA
37	4. Las mujeres compañeras de migrantes y el VIH/SIDA
38	5. Mujeres en situación de confinamiento con SIDA
38	V. ONG y mujeres con SIDA
39	VI. Testimonio de Eva, mexicana contagiada con SIDA
45	Capítulo cuarto. Obstáculos <i>vs.</i> la disminución por contagio del VIH en la mujer en México
45	I. Visión laica necesaria para combatir el VIH

48	II. Discriminación a sí mismas y estigmatización familiar por contagio de VIH
49	III. SIDA y machismo amenazan a las mujeres
50	IV. Falta de educación generacional permeada por el gobierno conservador sobre la gama de prácticas sexuales
51	V. Falta de conocimiento de las mujeres sobre los beneficios positivos de su propia sexualidad
53	VI. Indiferencia entre la comunidad por sensibilizarse ante el SIDA
55	Capítulo quinto. Complicaciones en el sector salud en torno al SIDA
55	I. Es necesario el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica
58	II. La Secretaría de Salud reconoce que se desconocen las cifras del SIDA
59	III. En las campañas electorales se olvida el tema para generar nuevas políticas públicas de salud
59	IV. Peso económico para el sistema de salud
59	1. Antecedentes
60	2. Resolución
62	3. Efectos del amparo
63	4. Puntos resolutivos
63	5. Votos
65	Capítulo sexto. Trasgresión de normas mexicanas ante el SIDA
65	I. Insuficiente difusión de los derechos y obligaciones de las pacientes con SIDA

66	II. Limitaciones del Estado en la procuración preventiva del derecho a la información sobre el SIDA
66	1. Las bases de datos que generan información en materia de salud en la era de la información
68	2. Calidad de la información en las bases de datos
69	3. Contradicción al derecho establecido en el artículo 6o. constitucional en materia de salud con relación al SIDA
74	4. El acceso a la información y la obligación de producción de estadísticas confiables
75	III. Omisión del Poder Legislativo mexicano en la creación de normas relativas al derecho al placer de la salud sexual de la mujer como un derecho humano de la mujer mexicana
75	1. Reconocimiento del placer sexual en el marco internacional
88	2. Derechos sexuales desde el marco de los derechos humanos de la mujer
98	3. Caso México: salud sexual de la mujer-placer sexual
105	Capítulo séptimo. Empoderamiento femenino
105	I. Empoderamiento
106	1. Obstáculos para generar empoderamiento
106	2. Teorías del empoderamiento
109	3. Conceptos del empoderamiento
113	4. Principios del empoderamiento
113	5. Poder en relación con el empoderamiento
114	6. Empoderamiento en diversos ámbitos

121	•	7. Indicadores cualitativos y cuantitativos del empoderamiento de las mujeres
125	•	8. Derechos humanos en relación con el empoderamiento
126	•	II. Resultados y propuestas de la investigación
126	•	1. Resultados
127	•	2. Propuestas de la investigación
128	•	III. Fuentes consultadas
128	•	1. Bibliográficas
128	•	2. Electrónicas

NUESTROS DERECHOS A TRAVÉS DE LA HISTORIA

La primera Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano proclamó que todos los hombres nacen libres e iguales ante la ley, en la Revolución francesa de 1789. Se exigió al Estado el respeto de todas las libertades y la igualdad jurídica, con la supresión de fueros y privilegios. Antes, los nobles ingleses habían iniciado el proceso de límites a la Monarquía con la Carta Magna de 1215.

Los derechos de los ciudadanos y sus garantías se establecieron desde el *Bill of Rights* de la Revolución inglesa de 1689; la Constitución de Virginia de 1776; las enmiendas o adiciones a la Constitución americana de 1787, y las Constituciones francesas de 1791, 1793 y 1795, así como en todas las Constituciones que se promulgaron a lo largo del siglo XIX.

En México, la Constitución de 1814 estableció los derechos humanos de carácter individual y señaló que “la felicidad del pueblo y de cada uno de los ciudadanos, consiste en el goce de la igualdad, seguridad, propiedad y libertad. La íntegra conservación de estos derechos es el objeto de la institución de los gobiernos y el único fin de las asociaciones políticas”.

El Acta Constitutiva de la Federación de 1824 dispuso que “la nación está obligada a proteger por leyes sabias y justas los derechos del hombre y del ciudadano”, y a lo largo de la Constitución de 1824 se incluyeron diversos derechos fundamentales. Por su parte, la Constitución Federal de 1857 reconoció que “los derechos del hombre son la base y el objeto de las instituciones

sociales. En consecuencia, declara que todas las leyes y todas las autoridades del país deben respetar y sostener las garantías que otorga la presente Constitución”.

Fue en la Constitución mexicana de 1917 donde se estableció por primera vez en el mundo, la obligación del Estado de proteger no sólo los derechos individuales, sino también los derechos sociales de los trabajadores, del campo y de la ciudad.

Después de la Segunda Guerra Mundial, en la Declaración Universal de 1948, se reconocieron no sólo los derechos de los hombres, sino también los de las mujeres como seres humanos. A partir de entonces se han firmado más de cien tratados y convenciones internacionales para el respeto a los derechos humanos de todas las personas.

En nuestro país, en 1990 se creó la Comisión Nacional de Derechos Humanos y en 2011 se hicieron importantes reformas constitucionales en materia de derechos humanos y de amparo,¹ marcando un nuevo paradigma para el respeto y garantía de nuestros derechos.

El artículo 1o. de nuestra Constitución ahora dice a la letra:

☞ En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Asimismo, señala que “las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia”.

Asimismo, la fracción I del artículo 103 señala que los tribunales de la federación resolverán toda controversia que se suscite “por normas generales, actos u omisiones de la autoridad que vio-

¹ El 6 y 10 de junio de 2011 se publicaron, respectivamente, en el *Diario Oficial de la Federación*.

len los derechos humanos reconocidos y las garantías otorgadas para su protección por esta Constitución, así como por los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte”.

En el mismo sentido, en 2013, la Suprema Corte de Justicia de la Nación² reiteró que los tratados internacionales en materia de derechos humanos son equiparables a la Constitución.

Ahora, en el marco de la conmemoración del centenario de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México de la Secretaría de Educación Pública presentan la actualización de la serie Nuestros Derechos³ con el propósito de contribuir al conocimiento de nuestra carta magna y de las leyes que nos rigen, así como de nuestros derechos y obligaciones.

El *derecho* es el conjunto de normas que regula nuestra convivencia y es el medio para acceder a la justicia. Determina asimismo las funciones del Estado, con el objetivo de lograr el bienestar de la sociedad. La Constitución es la fuente de las normas jurídicas de una sociedad democrática. La cultura de la legalidad garantiza la vigencia del Estado de derecho, esencial para la convivencia social.

Uno de los principales objetivos de la conmemoración del centenario de la Constitución de 1917 es difundir su contenido y concientizar sobre la importancia del cumplimiento de las normas que nos hemos dado, así como reflexionar sobre los mejores mecanismos para hacer efectivos los derechos fundamentales. Conociendo nuestra legislación podremos ejercer mejor nuestros derechos y exigir su observancia.

La serie Nuestros Derechos busca que todos los sectores de la sociedad conozcan tanto los derechos contenidos en la Constitución como en los instrumentos internacionales que nuestro país ha firmado.

² Resolución de la contradicción de tesis 293/2011.

³ La primera edición fue coordinada por la doctora Marcia Muñoz de Alba Medrano y publicada por la LXVIII Legislatura de la Cámara de Diputados y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM en el 2000.

A través de los volúmenes que componen la serie Nuestros Derechos el lector podrá conocer la conceptualización del derecho y los derechos que otorga nuestro orden jurídico. Entre ellos se encuentran los derechos de las niñas y los niños; las mujeres; las comunidades indígenas; las familias; la comunidad LGTBI (lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex); las personas divorciadas; los inmigrantes; los extranjeros; los trabajadores del campo y de la ciudad; los derechos de propiedad intelectual; los de las personas en reclusión; los detenidos y sujetos a proceso; el derecho al medio ambiente; los derechos de los consumidores, de los arrendatarios, de los usuarios de la banca, de los propietarios y de los creyentes.

Los autores de las obras de la presente serie son destacados especialistas en la rama que abordan. El lector encontrará de forma accesible la explicación de sus derechos de acuerdo con el tema correspondiente, así como los antecedentes y su situación en la legislación nacional e internacional actual. Para identificar cuáles son los procedimientos previstos en la ley y, en su caso, saber ante qué instancias se puede solicitar el asesoramiento necesario para ejercer sus derechos.

Como se establece en el artículo 3o. de la Constitución, la democracia no solamente es una estructura jurídica y un régimen político, sino también “un sistema de vida”.

Patricia GALEANA

*Instituto Nacional de Estudios Históricos
de las Revoluciones de México*

PRESENTACIÓN

La serie Nuestros Derechos nació como una iniciativa desde la academia, en coordinación con las instituciones de representación democrática, para llevar a un público amplio información accesible sobre una cuestión medular: los derechos de los que son titulares las personas en nuestro país. La edición original, como recuerda Miguel Carbonell en el Prólogo que acompaña a los diferentes volúmenes, se remonta al año 2000 cuando, bajo la dirección de Diego Valadés, el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (IIJ-UNAM) se dio a la tarea de coordinar los textos que la componen. Esos trabajos fueron reeditados en 2001 y, ahora, han sido objeto de actualizaciones para esta nueva edición especial que ve la luz en el contexto de los festejos por el centenario de la Constitución de 1917.

Si bien no se trata de un catálogo exhaustivo que abarque la totalidad de derechos de los que somos titulares, la serie ofrece textos sobre derechos emblemáticos y, en cierta medida, poco convencionales. Además lo hace centrando la atención en los titulares de los mismos. Los lectores podrán conocer los derechos de los usuarios de la banca, de los autores, artistas e inventores, de los propietarios o de los consumidores. Pero también, en paralelo, tendrán la posibilidad de conocer derechos de grupos especialmente vulnerables, como es el caso de los migrantes, de las niñas y niños, así como el derecho relativo a la diversidad sexual. Y, en paralelo, si así lo deciden, podrán adentrarse en el abanico de derechos que corresponden a los internos en el sistema penitencia-

rio mexicano, a los creyentes, a los trabajadores en el sistema de salud o a las personas divorciadas.

Así las cosas, se trata de derechos concretos de las personas de a pie. De hecho, como puede observarse, en la serie se ofrece una selección de temas que no pretende brindar una visión abstracta o academicista de los derechos de las personas sino que, por el contrario, se propone evidenciar la dimensión práctica y útil de un tema tan relevante. Por ello los textos se decantan hacia la reconstrucción de los derechos de sujetos concretos y no hacia la reflexión filosófica —sin duda también relevante— sobre lo que son e implican estos bienes jurídicos fundamentales. De esta manera, los libros están destinados a las personas que, en los diferentes roles sociales y circunstancias en los que interactúan con las demás, se convierten en titulares de diversos derechos. Y esas personas somos todos nosotros.

En el origen de la serie descansa una premisa y una preocupación que no han perdido vigencia. La premisa es que los derechos sólo adquieren un sentido y un valor plenos cuando son ejercidos. La preocupación emerge porque muchas personas desconocen cuáles son sus derechos y, por lo mismo, no se encuentran en condiciones de ejercerlos. Así las cosas, el desconocimiento impacta de manera directa en la eficacia de esta agenda estratégica. Y eso compromete el futuro de nuestro país. Si reconocemos que una sociedad civilizada —libre e incluyente— sólo es aquella en la que todas las personas ejercen realmente sus derechos, tenemos que nuestro país está lejos de esa civilidad. Recordemos la distinción propuesta por Avishai Margalit: “...distingo entre una sociedad decente y una civilizada. Una sociedad civilizada es aquella cuyos miembros no se humillan unos a otros, mientras que una sociedad decente es aquella cuyas instituciones no humillan a las personas”.*

Para que esa humillación no se verifique, ni en su dimensión social ni en su dimensión institucional, resulta fundamental que las relaciones de las personas entre sí y las de éstas con el Estado

* Cfr. Margalit, A., *La sociedad decente*, Barcelona, Paidós, 2010, p. 15. Retomo la cita del texto “Sobre decencia, desigualdades y consenso socialdemócrata”, de Rodolfo Vázquez, al que he tenido acceso en versión preliminar.

se ejerzan bajo la lógica de los derechos y no bajo la fuerza de los privilegios. Porque, como ha sostenido Luis Salazar Carrión, sólo así tendremos una sociedad de ciudadanos y no una comunidad de clientelas. Es decir, solamente de esta manera lograremos edificar una sociedad que sea, al mismo tiempo, decente y civilizada.

Esta serie de textos —desde el acotado nicho que corresponde al pensamiento en la construcción de la cultura— quiere incidir en esa dirección. Estamos convencidos de que las dinámicas sociales cambian con el tiempo y sabemos que es posible incidir en la dirección de esas transformaciones. En el Instituto de Investigaciones Jurídicas estamos comprometidos con la agenda de los derechos y, por lo mismo, apostamos por ese parador como horizonte. Ojalá que estos libros sirvan como un medio para sumar aliados para esa causa civilizatoria.

Como adelanté al inicio de estas páginas, esta edición aparece en un momento especial. En febrero de 2017 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos cumplirá cien años de vigencia, y con ese motivo se han emprendido y se seguirán emprendiendo múltiples iniciativas culturales, políticas y académicas. La finalidad de estos esfuerzos es celebrar al documento constitucional que sentó las bases para la modernización política y social de nuestro país pero, al mismo tiempo, invitar a una reflexión crítica sobre lo que nos falta por hacer. Y nuestro principal pendiente es el de convertir a nuestra sociedad en una verdadera sociedad de derechos. De ahí la relevancia de los textos que usted tiene en sus manos.

La reedición de los trabajos de la serie Nuestros Derechos constituye una de las aportaciones del IJJ-UNAM, en estrecha coordinación con el Comité para la Conmemoración del Centenario de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para el aniversario constitucional. Nuestros esfuerzos conjuntos, en buena medida, han sido posibles por el talento y el profesionalismo de la doctora Patricia Galeana, secretaria técnica de dicho Comité y directora general del Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México, a quien expreso mi reconocimiento. Lo mismo vale para su equipo de

trabajo y para los autores de los textos y el personal de la Secretaría Técnica del Instituto de Investigaciones Jurídicas, a cargo de Raúl Márquez, quienes han hecho posible esta publicación. Enhorabuena por el esfuerzo y, sobre todo, por el resultado.

Pedro SALAZAR UGARTE
Director IIJ-UNAM

México, D. F., a 20 de julio de 2015

PREÁMBULO

En la historia de la humanidad han ocurrido hechos que han sido representativos de grandes catástrofes en el mundo; padecimientos muy dolorosos: como las grandes guerras, pestes, pandemias, fuerzas destructoras de la naturaleza. Sin embargo, después de estos momentos devastadores en la historia del hombre, tenemos que rescatar algo positivo; ante el dolor también se aprende.

A más de 35 años de la aparición del Sida en el mundo y millones de muertes, este triste y muy doloroso suceso, nos debe dejar hoy más de una enseñanza.

Grandes y sabios chamanes abocados a la herbolaria ancestral —por mencionar una, la yahuasca— dicen que después del dolor al enfrentar la verdad ante un sufrimiento contenido, hay que abrirlo, hay que sacarlo para que después venga un alivio con un aprendizaje que viene del conocimiento y de enfrentar la realidad.

Al adentrarnos en el contenido de esta obra, sustentada no sólo en la experiencia y conocimiento profundo de la epidemia, sino justamente en los retos que nos plantea ante verdades poco abordadas con anterioridad o sólo abordadas superficialmente, se abre una ventana para encontrar un nuevo aprendizaje. A través de su contenido nace una oportunidad para adentrarnos en realidades que nos permitirán encontrar nuevas enseñanzas que nos servirán en la prevención y educación de las nuevas generaciones, así como para transformar la realidad de padecimientos en salud de nuestras mujeres y de toda la población.

En mi caso, el acercamiento con el VIH/Sida, sobre todo entre los años 1985 y 1995, fue terriblemente doloroso y devastador. Grandes amigos, parejas, personas cercanas y otras no tan cercanas, murieron.

Sí, fallecieron; pero más allá de dejar de existir, los últimos momentos previos a la muerte fueron particularmente difíciles por el rechazo, la discriminación, el estigma y la culpabilidad.

Verdaderamente el virus del VIH no es el peor padecimiento. Los peores padecimientos son los sociales, los que nos limitan, los que nos ponen en cuadros sinópticos y en esquemas que nos privan de la libertad y el respeto que nos merecemos, que nos privan de amar y amarnos.

Cada uno de nosotros como personas individuales e irrepitibles somos distintos y sentimos diferente ante circunstancias similares. Las reglas existentes hacen que nos castremos y vivamos infelizmente, sobre todo en una sociedad como la nuestra, aunque esto no es exclusivo de nuestro país.

México lindo y qué herido. Del “querido” casi no nos acordamos. México tiene una gran M de México, pero también cargamos con otras M que culturalmente nos han dañado, como son la M del machismo y la M del mochismo.

Hay otra gran M que tiene que ver con nuestro país y que acentúa mucho a nuestra sociedad: la M de nuestras mujeres. En este país de matriarcados debemos aprovechar positivamente la gran fuerza de nuestras mujeres para abordar en la familia temas trascendentales como la sexualidad. Para ello debemos informarlas, disminuir su vulnerabilidad y fortalecerlas.

Ante tantos padecimientos que desde la Fundación México Vivo hemos palpado en las y los jóvenes y adolescentes, así como con nuestros acercamientos educativos en las escuelas, me queda muy claro en cuanto fundador de ésta, que la raíz de estos problemas sólo se puede atacar con la educación integral, con información científica y veraz; abrir los silencios que nos han castigado por tantos años atrás y sanarlos.

Esta información tiene que ser compartida, analizada, discutida en los hogares, pero sobre todo tiene que ser abanderada por la

mujer; esa mujer mexicana fuerte y aguerrida ante tantos problemas y situaciones que ha padecido y que la han hecho más fuerte.

Esa mujer que pare, que los educa, que los atiende y cuida; esa mujer a la que el marido le dice (hablando de temas de sexualidad): “vieja, eso trátalo tú, eso no es asunto mío”. Con esto no quiero decir que los hombres nos hagamos a un lado, pero ante todos estos temas “escabrosos”, el papel de la mujer es preponderante para evitar no solamente las infecciones de transmisión sexual (ITS); éstas, incluso la más compleja, el VIH/Sida, tienen de alguna manera una solución, pero hay otras donde el daño puede ser irreversible como son los abusos sexuales o los embarazos no deseados en nuestras adolescentes.

Para terminar, sólo quiero subrayar que para la Fundación México Vivo el tema de la información precisa, científica, sin moralismos pero sí con ética, tiene que darse no sólo en las escuelas, tiene que venir del núcleo familiar; este diálogo hará que exista una salud integral en nuestras y nuestros jóvenes y adolescentes al romper el silencio, los silencios y las dudas que sí matan.

Rescatemos a nuestra juventud de la evasión que viven a través de las drogas, del alcohol. Démosles una perspectiva de vida ante este futuro incierto que tenemos todos; tengo la convicción que esto repercutirá en un mejor futuro para nuestro país tanto en la productividad como en el formar generaciones más sanas física y mentalmente, recalcando valores como la libertad y el respeto.

Un México amoroso, haciendo a un lado el machismo y mo-chismo, en el que subrayemos y empoderemos a nuestras mujeres. Por cierto, a través de este empoderamiento, seguro estaremos fortaleciendo también al hombre mexicano.

Charlie CORDERO

Fundador de la Fundación Unidos por un México Vivo, A. C.

CAPÍTULO PRIMERO

INTRODUCCIÓN

La cuestión del VIH/SIDA es realmente alarmante debido, sobre todo, a que esta enfermedad ha alcanzado los niveles de una pandemia, avanzando con rapidez y afectando a un gran número de personas sin importar sexo, edad, condición económica o social. Además, el VIH/SIDA no es un problema aislado puesto que repercute en una serie de ámbitos además de la salud, tales como el laboral y el de lucha contra los narcóticos y estupefacientes, así como de derechos humanos.¹

Kofi ANNAN,
ex secretario general de la ONU

I. ANTECEDENTES

En el año 2000, siendo su director Diego Valadés, el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM y la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, en su LVIII Legislatura,

¹ Centro de Información de las Naciones Unidas <http://www.cinu.mx/temas/vih-sida/>. Última fecha de consulta: 2 de febrero de 2016.

publicaron la serie Nuestros Derechos. En el marco de esa vasta red de publicaciones, Marcia Muñoz de Alba Medrano y Fernando Cano Valle aportaron el trabajo “Concepto de derechos de las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)”.

La finalidad de esa publicación se orientó a establecer y esclarecer aquellas garantías que desde la perspectiva de los derechos humanos debieran tener las personas que han contraído la enfermedad. De esa publicación, a 15 años de distancia se ha considerado la pertinencia de extraer algunos párrafos, los más significativos de la problemática de salud y su intersección con el derecho.²

☞ El derecho y la medicina, interpretados a través del binomio derechos humanos y salud, vinculan dos tradiciones por excelencia humanitarias, que hasta ahora empiezan a ser consideradas instrumentos y herramientas que contribuyen a la consolidación del bienestar humano.³

Sin embargo, a raíz de la aparición del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus devastadoras consecuencias en la población mundial, surge desde la metodología de los derechos humanos el reclamo de dignidad humana vinculada al acceso y atención de la salud humana. Es por este argumento que esta pandemia ha venido adquiriendo una faceta más humanitaria que científica —sin abandonar desde luego su importante contenido epidemiológico—. ⁴

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una de las enfermedades en las que el sistema inmune del humano se afecta con gravedad. La característica principal de esta enfermedad causada por un virus de la familia de los retrovirus, llamado VIH, es el que tiene la capacidad de infectar selectivamente al sistema inmune encargado de proteger al organismo de la invasión de sustancias extrañas.⁵

² Agradecemos en este esfuerzo la colaboración de Marisol Guevara Artega, estudiante de la licenciatura en derecho; así como la de Martha Sánchez Miguel, adscrita al Instituto de Investigaciones Jurídicas, en la construcción del marco jurídico anexo.

³ Muñoz de Alba Medrano, Marcia y Cano Valle, Fernando, *Derechos de las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA-VIH*, México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión-Universidad Nacional Autónoma de México, 2000, p. 3.

⁴ *Ibidem*, p. 4.

⁵ *Ibidem*, p. 5.

La educación de toda la población en torno a medidas preventivas es una necesidad urgente, y para ello debe utilizarse la infraestructura y la tecnología de los medios masivos de información, en aras de tener mayor acceso a la población mediante un esfuerzo coordinado.⁶

Considerando los avances en el tratamiento del VIH, esta enfermedad crónica es controlable a través de la prevención en el desarrollo de infecciones de inmunodeficiencia. En este sentido, los sistemas de atención de la salud necesitan planear la prevención tomando en cuenta la eficacia y manejo del tratamiento. En esta lógica estricta, la atención médica está recomendada en la etapa inicial de la enfermedad, considerando que al ser eliminada la amenaza de muerte, prevalecerá la adecuada administración del tratamiento, llegando incluso a reducir su uso.⁷

Con relación a los sistemas de seguro privado, este sector ha tenido gran resistencia a pagar los servicios para personas con SIDA. Hasta ahora, la cobertura para SIDA es mayor en regímenes de seguridad social, mientras que el acceso para las personas con SIDA es muy limitado en esquemas privados.⁸

Principios ético-jurídicos en el ejercicio de la práctica médica

Efectivamente, los principios básicos de la ética médica son la interpretación y la aplicación de la clínica del concepto jurídico, filosófico y ético de la dignidad del hombre, se trata de:

- El principio de autonomía de la voluntad, que le solicita a los profesionales en el ámbito de la salud el no interferir con la decisión del paciente y respetarla, sin influencia en su conducta.
- El principio de protección y beneficio, que solicita a los profesionales de la salud a realizar sus acciones buscando en todo momento evitar causar un daño a sus pacientes.
- El principio de la no discriminación y justicia, que tiene como finalidad el que los beneficios sociales sean distribuidos sin privilegiar o segregar a sectores de la sociedad.
- El principio de la confidencialidad de la información de la salud, en la que se establece un manejo especial para revelar los datos e historiales médicos a terceros.⁹

⁶ *Ibidem*, p. 9.

⁷ *Ibidem*, p. 10.

⁸ *Idem*.

⁹ *Ibidem*, p. 11.

Las disposiciones del derecho internacional que han sido ratificadas por el Senado, son norma vigente en nuestro país y que además está por encima de las normas federales. Este hecho sin duda abre el marco de referencia de los derechos humanos aplicables en México de manera directa y contundente.¹⁰

El tratamiento de los derechos humanos hacia el SIDA está basado en las obligaciones de los Estados para su protección, promoción y respeto.¹¹

La propuesta de vincular a los derechos humanos con la salud del hombre, pretende proporcionar una nueva y poderosa manera de hacer respetar los valores que defienden, además de alcanzar un compromiso político para articular mecanismos de respeto de estos derechos.¹²

Es importante insistir que cuando se exige el examen de detección del virus VIH para ingresar o permanecer en algún empleo, implica una medida que vulnera nuestra Constitución, y la normatividad penal local, ya que se trata de un acto de contenido discriminatorio.¹³

El hecho que mejor salvaguarda los principios de la no discriminación, del derecho a la intimidad e igualdad, es la de no crear una legislación especial. En este sentido, no sería casual que procediera la de nulidad de matrimonio o el divorcio por ser portador o enfermo de SIDA. Solamente el ocultamiento de la enfermedad —si se contravienen principios generales de derecho, por ejemplo, buena fe, dolo por ocultamiento, error en la calidad de la persona—, será procedente la nulidad.¹⁴

Los pacientes con SIDA no asegurados suelen ser referidos para su manejo a unidades de segundo y tercer niveles de la Secretaría de Salud, a centros de atención de Conasida, a médicos particulares o a unidades de atención médica creadas por organismos no gubernamentales. Sin embargo, los pacientes normalmente no reciben medicamentos anti-retrovirales de parte de la institución, salvo aquellos que entran a protocolos, y en caso de que le sean prescritos deben adquirirlos mediante pagos de su bolsillo.¹⁵

¹⁰ *Ibidem*, p. 18.

¹¹ *Ibidem*, p. 19.

¹² *Ibidem*, p. 23.

¹³ *Ibidem*, p. 51.

¹⁴ *Ibidem*, p. 58.

¹⁵ *Ibidem*, p. 77.

Se debe considerar como persona infectada por el VIH o seropositiva, aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo pacientes asintomáticos que nieguen factores de riesgo.¹⁶

Se debe regir por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad, es decir, que quien se somete a análisis debe hacerlo con conocimiento suficiente, en forma voluntaria y seguro de que se respetará su derecho a la privacidad y a la confidencialidad del expediente.¹⁷

No deben informarse resultados positivos o negativos en listados de manejo público, ni comunicar el resultado a otras personas sin la autorización expresa del paciente, excepto cuando se trate de menores de edad o de pacientes con incapacidad mental o legal, en cuyo caso se debe informar a los padres o quienes desempeñen la patria potestad o el cargo de tutor.¹⁸

Lista de enfermedades indicativas de la infección del VIH

- Candidiasis esofágica.
- Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
- Criptococcosis con diarrea persistente durante más de un mes.
- Neumonía por pneumocystis carinii.
- Toxoplasmosis cerebral (edad 1 mes).
- Coccidioidomicosis diseminada (= pulmón, ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
- Histoplasmosis diseminada (= pulmón, ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

¹⁶ *Ibidem*, p. 82.

¹⁷ *Ibidem*, p. 86.

¹⁸ *Ibidem*, p. 87.

- Isosporiasis con diarrea persistente durante más de un mes.
- Citomegalovirus de órganos (edad 1 mes) (= hígado, médula o ganglios linfáticos).
- Retinitis por citomegalovirus con pérdida de visión.
- Herpes simple mucocutáneo que persista más de un mes. Bronquial, pulmonar o esofágico de cualquier duración (edad 1 mes).
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Neumonitis intersticial linfoide/hiperplasia linfoide pulmonar (edad 13 años).
- Dos o más infecciones bacterianas recurrentes (edad 13 años).
- *M. Avium* o *M. Kansasii* diseminada (= pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
- Micobacteriosis no TBC diseminada (= pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
- Tuberculosis extrapulmonar.
- Septicemia recurrente por salmonela (= *S. Typhi*).
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma primario de cerebro.
- Linfoma no hodgkiniano de célula B o de fenotipo inmunológico desconocido.
- Linfoma de células pequeñas sin hendidura.
- Sarcoma inmunoblástico.
- Encefalopatía por VIH.

- Síndrome caquético por VIH.
- Tuberculosis pulmonar (edad 12 años)
- Neumonías bacterianas recurrentes.
- Cáncer invasivo de cuello de útero.¹⁹

Enfermedades asociadas al SIDA
según circunstancia de diagnóstico

(A)	(B)	(C)
Dx comprobados por microscopía o cultivo sin evidencia de Elisa o Wb	Dx comprobados por microscopía o cultivo con evidencia de Elisa o Wb	Dx presuntivos sin microscopía o cultivo.
Neumonía por pneumocystis carinii.	Sarcoma de Kaposi a cualquier edad.	Neumonía por Pneumocystis carinii.
Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.	Linfoma primario cerebral a cualquier edad.	Toxoplasmosis cerebral en pacientes mayores de un mes de edad.
Infección diseminada por Mycobacterium kansasii o complejo Mycobacterium avium intracellulare (en un sitio distinto o en asociación a pulmón, piel o nódulo linfático hilar o cervical).	Linfoma no Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico no determinado y cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos o sarcoma inmunoblástico, linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares.	Infección extrapulmonar o diseminada por micobacterias (bacilos ácido-alcohol resistentes, de especie indeterminada).

¹⁹ *Ibidem*, pp. 99 y 100.

(A)	(B)	(C)
Infección por Herpes Simplex, causante de úlcera mucocutánea de más de un mes de duración o bronquitis, esofagitis o neumonitis que afecte a personas mayores de un mes de edad.	Complejo demencial o encefalopatía por VIH.	Retinitis por citomegalovirus, con pérdida de la visión.
Infección por citomegalovirus de un órgano interno, que no sea el hígado, bazo o ganglios linfáticos, en pacientes con más de un mes de edad.	Síndrome de desgaste.	Candidiasis esofágica.
Criptosporidiasis con diarrea, de más de un mes de duración	Diseminación extrapulmonar por <i>Mycobacterium avium</i> o <i>Mycobacteria kansasii</i> .	Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en menores de 13 años.
Estrogiloidosis extraintestinal.	Infección extrapulmonar o diseminada por microbacterias de otras especies que no sea lepra.	Episodios recurrentes de neumonía con o sin diagnóstico bacteriológico.
Leucoencefalopatía multifocal progresiva.	Histoplasmosis con diarrea de más de un mes de duración.	
Linfoma primaria cerebral en pacientes menores de 60 años.	Coccidioidomicosis diseminada.	
Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide.	Septicemia por salmonela no tifoídica recurrente.	

(A)	(B)	(C)
Criptococosis extrapulmonar.	Dos o más infecciones bacterianas en los dos años anteriores, en menores de 13 años. Episodios recurrentes de neumonía bacteriana.	
	Cáncer cervicouterino invasor.	

NOTA: Basado en la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Infección y por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.²⁰

II. EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

La pandemia del SIDA es uno de los mayores azotes de la historia alrededor del mundo;²¹ habiéndose cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 1.2 [980,000-1.6] millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo.²²

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Americana de Salud Pública, existen diversos programas de prevención de la infección por VIH, pero sólo serán eficaces si se logra un compromiso político y comunitario absoluto para reducir o modificar las conductas que generan un alto riesgo de contagio. Las acciones de educación para la salud deben abarcar campañas amplias de prevención, encaminadas a crear conciencia sobre el riesgo.

Por otra parte, como bien escribieron en su libro los médicos Julio Frenk y Octavio Gómez Dorantes sobre el sistema de salud

²⁰ *Ibidem*, pp. 101-103.

²¹ Fauci, Anthony, “Las vacunas y el desafío de las enfermedades emergentes y reemergentes: del VIH/SIDA al bioterrorismo”, en Quadros, Ciro A. de (ed.), *Vacunas. Prevención de enfermedades y protección de la salud*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2004.

²² Organización Mundial de la Salud (OMS), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>. Última fecha de consulta: 2 de febrero de 2016.

de México en cuanto a los programas dirigidos a prevenir el SIDA y las infecciones de transmisión sexual. Éstos comprenden muy diversos tipos de actividades dentro de las que destacan la distribución gratuita y focalizada de condones; la detección y el seguimiento de los pacientes con enfermedades de transmisión sexual; la lucha contra la homofobia, y el monitoreo de los pacientes bajo tratamiento con anti-retrovirales.²³

En este mismo orden de ideas, como dicen los mencionados médicos, estas prácticas son las que destacan como programas dirigidos a prevenir el SIDA; en la presente obra lo que queremos enfatizar es en la importancia de la educación sexual integral en relación con el empoderamiento de la mujer, ya que una actividad sin la otra no puede dar avances sustanciales en la disminución de contagios del VIH. Por lo que se consideró necesario revisar los temas de la mujer y el SIDA, los obstáculos *vs.* la disminución del contagio del VIH de la mujer en México, las problemáticas en el sector salud en torno al SIDA, la trasgresión de normas mexicanas ante el SIDA, en donde se desarrollará la propuesta al legislativo mexicano sobre la creación de normas relativas al placer sexual de la mujer y, para finalizar, veremos el tema transversal del empoderamiento; queriendo puntualizar que las mujeres (independientemente de si se identifican como heterosexuales, bisexuales, lesbianas o transexual) se infectan del VIH mayoritariamente a través de relaciones sexuales con hombres y esta situación no ha cambiado generación tras generación.

Se ha estudiado que el Poder Judicial federal en México se ha enfocado en regular aspectos negativos de la actividad sexual como son: adulterio, bestialidad o zoofilia, bigamia, comunicaciones obscenas, estupro, exenciones maritales de violación y asalto sexual, exhibicionismo, fornicación, hostigamiento sexual, incesto, lesiones, necrofilia, posesión de materiales obscenos,

²³ Frenk, Julio y Gómez Dorantes, Octavio, *Para entender el sistema de salud de México*, México, Nostra Ediciones, 2008, p. 77.

prostitución, sodomía, transmisión de enfermedades, violación y asalto sexual y voyeurismo,²⁴ principalmente.²⁵

En contraposición a lo anterior subrayamos que lo que se pretende a lo largo de la revisión de esta propuesta es la educación sexual de la mujer de manera positiva para que ésta se conozca y potencialice sus capacidades sexuales en la misma manera en que se empodere y tome el control de sus decisiones sobre su derecho al placer sexual en el proceso de la prevención del SIDA.

La creación de este trabajo se hace acorde a las tendencias de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como objetivos mundiales, los cuales se basan en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

El Programa de Naciones Unidas (PNUD) está profundamente implicado en todos los procesos relacionados con el despliegue de los objetivos de desarrollo sostenible.

En este caso garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, los objetivos de desarrollo sostenible representan un audaz compromiso para poner fin a las epidemias de SIDA a través de campañas de salud sexual.

Promover la salud y el bienestar es uno de los 17 objetivos globales de la nueva Agenda para el Desarrollo Sostenible. Un enfoque integral es crucial para avanzar en diversos objetivos.²⁶

La sexualidad de las mujeres asociada con la agenda laica de los derechos deben remar contra las mayorías por su autonomía, diversidad, diferencia, tolerancia, discriminación y dignidad; valores morales de la laicidad.

Para que se creen políticas públicas en materia de los derechos sexuales la educación y la investigación deben ser laicas; comprendiendo y orientando el desarrollo científico.

²⁴ Roemer, Andrés, *Sexualidad derecho y política pública*, México, Miguel Ángel Porrúa, 2007, p. 12.

²⁵ *Idem.*

²⁶ <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/post-2015-development-agenda/>

La propuesta de conceptualización de la laicidad abarca dos dimensiones: el proyecto intelectual y el institucional o del Estado.²⁷

A lo largo de esta publicación se podrá identificar la importante participación de la sociedad civil mediante los denominados organismos no gubernamentales (ONG) que le han dado un gran contenido a la lucha contra el SIDA. Aun cuando existen diversos ejemplos de ONG, la llamada Clínica Especializada Condesa, Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, marcó un hito en el diagnóstico, tratamiento y educación sexual de las personas portadoras del VIH o franca enfermedad del SIDA.

A su vez, ha sido particularmente importante la participación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en el diagnóstico por la infección del VIH dadas las características relevantes del laboratorio Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas, mismo que es necesario reconocer plenamente desde el punto de vista administrativo, ya que constituye una ayuda esencial en el seguimiento y pronóstico del portador del VIH o enfermo de SIDA, que muy frecuentemente se expresa en personas vulnerables por su situación económica, laboral, cultural o de nivel educativo. Asimismo, es importante procurar que no se permita la discriminación familiar en algunas unidades médicas del sistema nacional de salud.

El avance del conocimiento y la procuración de recursos financieros van de la mano, por lo que es fundamental promover que las empresas y los grupos sociales organizados apoyen financieramente la investigación en el más amplio sentido.

Sin duda existen en el país ejemplos de organismos gubernamentales que se citan en el contenido del libro y merecen reconocimiento de la sociedad mexicana.

²⁷ Palabras pronunciadas por Pedro Salazar, director del Instituto de Investigaciones Jurídicas, en el Diplomado de Bioética y Derecho celebrado el 19 de febrero de 2016.

CAPÍTULO SEGUNDO

DERECHOS Y PADECIMIENTOS

I. DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

La declaración preliminar del derecho a la salud está establecida en la Convención de Economía, ratificada el 31 de diciembre de 1994 por 131 países. En el artículo 2o. se lee: “Los partidos estatales de la siguiente Convención reconocen el derecho de todos y cada uno de gozar de los más altos estándares alcanzables de salud física y mental”.

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y su protocolo facultativo se lee:

☞ Artículo 12. Derecho al más alto nivel posible de salud. Establece la obligación de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil; asegurar el sano desarrollo de los niños; mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente; prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales, así como asegurar la asistencia médica a todos.

La legislación mexicana trata al derecho a la salud en el artículo 4o. constitucional como sigue:

☞ Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

II. DERECHO A LA VIDA

Este derecho declara como “derecho inherente a la vida” que tradicionalmente ha sido entendido como el derecho a no ser privado de la vida.

Particularmente en el tema que nos ocupa, la Corte, la Comisión Interamericana y la Comisión Europea han concluido que:

☞ Las partes estatales deben estar bien obligadas a reducir la mortalidad de las mujeres; estableciendo medidas que deben de tener la provisión de información adecuada y accesible acerca del riesgo que corren sus vidas, y de enfermedades venéreas y sus contagios; toda esta información salva vidas.

III. DERECHO A LA SEXUALIDAD

Una constelación de principios éticos y legales y éticos que tienen que ver con la habilidad individual de la mujer de controlar lo que le suceda a su cuerpo y a su persona en general, protegiendo y respetando dicha habilidad de tomar y ejercer decisiones acerca de su sexualidad.²⁸

IV. DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA

El virus asociado con el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se denomina virus de la inmunodeficiencia huma-

²⁸ Colivier, Sandra y Lynn, Fredman, *The Right to Know. Human Rights and Access to Reproductive Health Information*, Gran Bretaña, Article XIX y University of Pennsylvania Press, 1995.

na (VIH); a su vez, el SIDA define un síndrome de infecciones y enfermedades oportunistas que pueden desarrollarse cuando se acentúa la inmunodepresión y se desencadena el proceso continuo de la infección por el VIH. Por lo que no todas las personas que son VIH-positivas tienen la enfermedad denominada SIDA. Es muy importante hacer esta distinción ya que muchas veces se comete el error de referirse indistintamente a ambas condiciones.

El diagnóstico de la infección por VIH sólo puede establecerse por métodos de laboratorio, ya que en ningún caso las manifestaciones clínicas son específicas. Los métodos directos detectan al propio virus o alguno de sus componentes, como proteínas o ácidos nucleicos, mientras que los métodos indirectos reconocen los anticuerpos específicos producidos por el sistema inmunitario como respuesta a la infección por el virus. La detección por métodos directos o indirectos del VIH ha permitido no sólo reconocer a las personas que viven con VIH y establecer medidas preventivas adecuadas, sino que además constituye una ayuda esencial en el seguimiento de los pacientes para conocer el pronóstico de la enfermedad y la eficacia del tratamiento utilizado.

Se pueden utilizar varios marcadores víricos para identificar la infección y monitorizar su tratamiento. La cinética y el momento de aparición de cada uno de ellos es distinto. El primer marcador que aparece tras la infección es el ARN del VIH que se puede detectar por técnicas de amplificación aproximadamente dos semanas posteriores la infección. Prácticamente al mismo tiempo que el ARN del VIH, se puede detectar el ADN del VIH integrado en el genoma celular (ADN proviral). El antígeno p24 aparece en suero entre los 11 a 13 días, y se puede detectar, con las técnicas de máxima sensibilidad, aproximadamente en 45 días. Los anticuerpos se detectan en el suero a las tres o cuatro semanas de la infección, con una media de 22 días, y alcanzan su concentración máxima entre la décima y la décima segunda semanas. Cuando aparecen los anticuerpos, disminuyen los niveles de viremia y desaparece el antígeno p24 como consecuencia de la formación de inmunocomplejos. El intervalo que existe entre la infección y la

aparición de anticuerpos o seroconversión, se conoce como periodo ventana, y se caracteriza por presencia de ADN proviral, ARN del VIH, antígeno p24 y ausencia de anticuerpos específicos.

El diagnóstico de la infección por el virus puede establecerse mediante la demostración de anticuerpos específicos, la detección de antígenos del virus, el aislamiento del virus, o bien por la identificación del material genético del virus. Para esto se usan métodos indirectos o directos.²⁹

1. *Métodos indirectos*

La detección de anticuerpos específicos anti-VIH es la forma habitual de diagnosticar una infección por VIH. Los métodos se dividen en:

- a) Pruebas de tamizaje Elisa: diseñadas con un máximo de sensibilidad para detectar todas las muestras positivas. Las técnicas inmunoenzimáticas (EIA, por sus siglas en inglés) son las más empleadas debido a su metodología relativamente simple, alta sensibilidad, nivel de automatización y diseño para realizar un gran número de pruebas de forma simultánea. Existen diferentes pruebas dependiendo del antígeno que se use:
 - 1) Primera generación: los antígenos son proteínas del lisado del cultivo viral, tienen una alta sensibilidad, pero baja especificidad.
 - 2) Segunda generación: los antígenos son proteínas o péptidos recombinantes o sintéticos, en lugar del lisado viral, tienen una mejor sensibilidad y especificidad que las de primera generación, con mejor reproducibilidad.
 - 3) Tercera generación: es un Elisa sándwich y permite identificar anticuerpos IgG e IgM y por ello acorta el período de ventana.
 - 4) Cuarta generación: permiten la detección simultánea de antígeno p24 y anticuerpos, disminuyendo aún más el periodo de ventana.

²⁹ Buttó, S. *et al.*, "Laboratory Diagnostics for HIV Infection", *Ann Ist Super Sanità*, 2010, núm. 46, pp. 24-33.

Con las últimas técnicas la sensibilidad se incrementa hasta 99.9%; sin embargo, se pueden producir falsos positivos (tabla 1) o falsos negativos (tabla 2). Debido a la posibilidad de reactividad no específica hay que recurrir a las pruebas de confirmación, para verificar los resultados positivos de las técnicas de tamizaje.³⁰

Tabla 1. Causas de falsos positivos en las pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH

Relativas a la muestra:

- Congelaciones y descongelaciones repetidas
- Almacenamiento a temperatura subóptima
- Aspecto lipídico o turbio del suero
- Contaminación microbiana
- Sueros tratados con calor ($\geq 60^\circ \text{C}$)
- Errores de extracción o identificación

Relativas a la presencia de autoanticuerpos

- Personas con anticuerpos anti-HLA-DR4, DQw3
- Enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide
- Polimiositis
- Multitrasfundidos

³⁰ Tebourski, F. *et al.*, "The Significance of Combining World Health Organization and Center for Disease Control Criteria to Resolve Indeterminate Human Immunodeficiency Virus Tipe-1 Western Blot Results", *Diagn Microbiol Infect Dis*, 2004, núm. 48, pp. 59-61.

- Trasplantados renales
- Múltiparas

Relativas a otras condiciones

- Hemodializados, fracaso renal crónico
- Síndrome de Stevens-Johnson
- Administración previa de inmunoglobulinas
- Sueros postvacunales (influenza, hepatitis B)
- Infecciones agudas por virus DNA
- Enfermedad hepática alcohólica grave

Tabla 2. Causas de falsos negativos en las pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH

- Periodo ventana que precede a la aparición de anticuerpos
- Infección por tipos de VIH no detectables por los antígenos incluidos en la prueba
- Tratamiento inmunosupresor prolongado
- Trasplante de médula ósea
- Disfunciones de los linfocitos B
- Plasmaféresis, exanguinotrasfusión
- Neoplasias
- Errores de extracción o identificación

- Fallos en el principio técnico o en el proceso de fabricación del equipo diagnóstico
 - Respuestas anómalas ante la infección VIH
- b) Pruebas de confirmación: las técnicas que se usan con mayor frecuencia son el Western Blot (WB) y el inmunoblot recombinante o inmunoensayo en línea (LIA) que tienen la misma sensibilidad que el Elisa y mayor especificidad.

El WB es el método recomendado y permite discriminar, por la aparición de bandas reactivas, frente a qué antígenos víricos se dirigen los anticuerpos presentes en la muestra. Detecta anticuerpos frente a las glicoproteínas de envoltura gp160, gp120 y gp41. La interpretación del WB se puede realizar según diversos criterios aunque el más aceptado es el de la OMS, que exige la presencia de al menos dos bandas de la envoltura. La muestra negativa implica una ausencia de bandas reactivas y cualquier situación intermedia se interpreta como reacción indeterminada. Un resultado indeterminado en WB obliga a un seguimiento y a la repetición de la determinación a los 3 o 6 meses, siendo recomendable utilizar métodos de diagnóstico directo. Existen muchas causas para un WB indeterminado y pueden corresponder a fases tempranas o estadios avanzados de la infección con deterioro inmunológico grave, y presencia de inmunocomplejos que pueden reducir los anticuerpos circulantes, recién nacidos de madre VIH positiva, sueros hemolizados, inactivados por calor, con factor reumatoide, o con bilirrubina elevada, a reacciones cruzadas con otros retrovirus, sueros de pacientes infectados por subtipo no B o con hipergammaglobulinemia secundaria a la hiperestimulación antigénica, multitransfundidos, o a situaciones patológicas como conectivopatía, gammapatía policlonal y lupus eritematoso sistémico.

2. Métodos directos

Están basados en la detección del virus o alguno de sus componentes; éstos incluyen:

- a) Cultivo celular: es la técnica más específica para el diagnóstico de la infección; sin embargo, debido a la complejidad y riesgo que supone su realización, se usa sólo para estudios básicos de variabilidad genética, epidemiología molecular, patogénesis vírica o resistencia a fármacos.
- b) Antigenemia de p24, el antígeno p24 de la cápside del VIH (core), detectado en suero o plasma mediante una reacción de EIA, es un marcador precoz de infección aguda por VIH. A lo largo de la infección su detección es variable debido al incremento de anticuerpos anti-p24 neutralizantes o a la escasa replicación del virus. Las técnicas que rompen los inmunocomplejos formados por el antígeno p24 y su anticuerpo aumentan la sensibilidad de la determinación y ha sido propuesto para monitorizar el tratamiento antirretroviral en países en desarrollo.

La detección de antígeno p24 puede ser de utilidad en el tamizaje de donantes, combinado con la detección de anticuerpos (ensayos de cuarta generación), diagnóstico de la infección aguda y del recién nacido, monitorización de la terapia (especialmente en infecciones por subtipos no-B del VIH-1) y como confirmación del crecimiento del virus en los cultivos celulares.

- c) Técnicas moleculares, aunque el diagnóstico de la infección por el VIH debe establecerse mediante la detección de anticuerpos específicos del virus, puede ser conveniente la utilización de técnicas moleculares basadas en el reconocimiento de fragmentos del genoma del virus. Estas situaciones especiales se producen en casos de hipogammaglobulinemia, infección perinatal, infección silente o infección por variantes del virus que pueden escapar a la detección con las técnicas habituales serológicas, como son el VIH-2 y el subtipo O del VIH-1.

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es el método de elección para el diagnóstico molecular de la infección por el VIH. Puede aplicarse directamente a la detección de ADN provírico a

partir de células del paciente, o bien mediante una reacción de retrotranscripción previa (RT-PCR), realizada habitualmente en plasma, cuando la diana que se pretende localizar son las partículas de ARN vírico. Su utilización es imprescindible para el diagnóstico de VIH en los niños recién nacidos de madres seropositivas y en los pacientes con patrones serológicos atípicos.

3. *Infección aguda*

La identificación de infecciones recientes es importante para conocer el patrón de transmisión de VIH en una población. En la primera fase de la infección existen títulos bajos de anticuerpos y anticuerpos de baja avidéz; cuando la infección progresa la concentración de anticuerpos y la avidéz de los mismos se incrementa. Los métodos que permiten diferenciar una infección reciente de una crónica se basan en la aplicación de dos técnicas de Elisa para detectar anticuerpos VIH, una de ellas modificada para que sea menos sensible. Estas técnicas se utilizan con fines epidemiológicos, para conocer el patrón de transmisión de VIH y diseñar medidas preventivas adecuadas.

Después de 2 a 6 semanas de la exposición inicial al VIH, el 80% de los infectados pueden presentar síntomas inespecíficos, generalmente como un cuadro gripal (fiebre, faringitis y linfadenopatía), otras veces, esta manifestación clínica de la infección por el virus se manifiesta con exantema eritematoso maculopapular, artromialgias, cefalea y síntomas gastrointestinales.³¹

Con menor frecuencia, el síndrome antirretroviral agudo debuta con síntomas neurológicos, por infección en el sistema nervioso central con meningoencefalitis o con meningitis aséptica, que es la manifestación más frecuente de compromiso neurológico, sin embargo, ningún síntoma o conjunto de ellos tiene la suficiente sensibilidad o especificidad, por lo que para sospechar la infección por VIH es fundamental un elevado nivel de sospecha.

³¹ Fanales-Belasio, E. *et al.*, "HIV Virology and Pathogenetic Mechanisms of Infection: A Brief Overview", *Ann Ist Super Sanità*, 2010, núm. 46, pp. 5-14.

Es importante realizar el diagnóstico precoz de la infección por el VIH, ya que existe evidencia de que el tratamiento antirretroviral (TAR) en esta fase temprana, puede prevenir la pérdida de la inmunidad celular específica anti-VIH.

Otra razón por la que sería útil efectuar el diagnóstico de la infección primaria es que en ese momento el paciente tiene una carga viral muy elevada y es altamente contagioso, por lo que conocer que está infectado por el VIH permitiría reducir el riesgo de contagio mediante el asesoramiento adecuado.

La serología VIH es habitualmente negativa o indeterminada en los pacientes con infección primaria, por lo que el diagnóstico se establece mediante pruebas virológicas. La antigenemia p24 tiene 99% de especificidad y 75 a 90% de sensibilidad en sujetos con anticuerpos negativos, mientras que la cuantificación en plasma del ARN viral (la carga viral) por PCR tiene más del 99% de sensibilidad. El método más útil y usado, con la ventaja de que está disponible en todos los hospitales que tratan pacientes con infección por el VIH, es la medida de la carga viral, porque es más sensible y de menor costo que la antigenemia p24.³²

4. Infección crónica

Los anticuerpos contra el VIH aparecen entre la 4a. y la 8a. semanas después de la exposición al virus, por lo que el diagnóstico puede realizarse con pruebas serológicas, EIA y WB; se requiere una prueba de EIA repetida positiva y una prueba de WB positiva (presencia de bandas frente a gp120/160 más gp41 o p24). Los falsos positivos, ya sea de las pruebas EIA como del WB son muy raros y a menudo se deben a errores técnicos.

Como el EIA tiene alta sensibilidad y alto valor predictivo negativo, un resultado negativo no exige confirmación por WB en sujetos sin antecedente de exposición reciente.

Los pacientes con una prueba EIA positivo y una sola banda en el WB se consideran con resultados indeterminados. Esto

³² Weber, B., "Screening of HIV Infection: Role of Molecular and Immunological Assays", *Expert Rev Mol Diagn*, 2006, núm. 6, pp. 399-411.

suele ocurrir en pacientes con seroconversión reciente, infección avanzada o infección por VIH-2 y pacientes con aloanticuerpos (gestaciones múltiples, transfusiones, trasplantes de órganos) o autoanticuerpos (enfermedades del colágeno o autoinmunes, neoplasias).

Si el WB resulta indeterminado, se recurre a la realización de determinación cualitativa de ADN viral por PCR: su positividad confirma el diagnóstico y la negatividad lo excluye.³³

La cuantificación de la viremia plasmática, más conocida como carga viral, es una prueba esencial aplicada al seguimiento de los pacientes más que al diagnóstico de los mismos, ya que al medir el nivel de replicación del virus permite evaluar la eficacia del tratamiento antirretroviral, constituyendo un marcador predictivo de la infección. Existen diversas técnicas con rendimiento similares pero fundamentos diversos, están los sistemas basados en la amplificación de la señal (branched-DNA) o en la amplificación de la secuencia (RT-PCR en tiempo real, NASBA y LCx). Las técnicas de transcripción reversa, reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) en tiempo real basadas en sondas fluorescentes son, en general, más rápidas y permiten rangos dinámicos más amplios (20-107 copias/ml). Todas las técnicas detectan y cuantifican el subtipo B, así como los subtipos circulantes más frecuentes. Sin embargo, ninguna de las técnicas detecta el VIH-2. Se han desarrollado ensayos, no comerciales y utilizados en investigación, que permiten detectar una sola copia de ARN del VIH-1.³⁴

Existen situaciones especiales en que la determinación de la carga viral se pueda usar como diagnóstico de la infección por VIH, como es el caso de los recién nacidos de madres seropositivas o en la primoinfección, cuando el diagnóstico serológico está comprometido. Se consideran válidos sólo aquellos resultados en los que el nivel de viremia es elevado.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) encabeza un proyecto para hacer realidad la

³³ Nazida, F., "Laboratory Test for Detection of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection", *Clin Diagn Lab Immunol*, 1995, núm. 2, pp. 637-645.

³⁴ Ekwueme, D. U. *et al.*, "Cost Comparison of Three HIV Counseling and Testing Technologies", *Am J Prev Med*, 2003, núm. 25, pp. 112-121.

meta global de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el SIDA. A fin de sentar las bases para acabar con la epidemia de SIDA para el año 2030, se ha suscrito un nuevo objetivo terapéutico para el año 2020: que el 90% de las personas que viven con el VIH conozca su estado serológico; que el 90% de las personas con diagnóstico de infección por el VIH reciba tratamiento antirretrovírico y que el 90% de las personas en tratamiento logre la supresión vírica. Para esto es fundamental aumentar la accesibilidad y disponibilidad de las pruebas de carga vírica. Con el fin de tener un diagnóstico integral y oportuno de la infección, se debe realizar la detección y confirmación de la presencia del virus en una persona así como determinar su condición inmunológica y virológica.³⁵

V. VIRUS, EPIDEMIA Y PANDEMIA

1. *Concepto de virus*

Los virus son miembros de un grupo de microorganismos extremadamente pequeños que sólo pueden vivir dentro de células. Tienen una forma de vida muy elemental y son incapaces de obtener energía por sí mismos. Por lo que se reproducen a través de otras células volviéndose parásitos de las mismas.

Los virus tienen una envoltura de proteínas que suelen ser enzimas que los protegen del medio ambiente y facilita su penetración en el interior de las células. Las células están compuestas de ácidos nucleicos que codifican la información genética del virus.

2. *Concepto de epidemia*

La epidemia es una enfermedad infecciosa que ataca, de un modo accidental y al mismo tiempo, a gran número de personas; es un aumento inusual en el número de nuevos casos de

³⁵ Iglesias-Chiesa, C. et al., *30 años de VIH-SIDA, una perspectiva desde México*, CENSIDA, noviembre de 2011.

una enfermedad de una población humana. La población puede incluir a todos los habitantes de una determinada área geográfica, la población de una escuela o una institución similar o todas las personas de una cierta edad o sexo; por ejemplo, los niños o mujeres de una región. Decidir si el aumento en el número de casos constituye una epidemia es subjetivo, y depende en parte de cuál sería el número usual o previsible de casos en la población observada. Una epidemia puede restringirse a un sitio o brote o tener un alcance más general (epidemia) o mundial (pandemia). Se estudian también las epidemias concentradas, generalizadas, incipientes, múltiples.³⁶

3. *Concepto de pandemia*

Las epidemias se transforman en pandemias cuando existe un estado de virulencia especial del microbio que causa la enfermedad, o bien por escasa higiene de la población, o por estados de receptividad extrema de la población a la infección. Como ocurre en los periodos de guerra, posguerra, carestía, etcétera.

Epidemias que afectan varias zonas o continentes del mundo.

En el caso del virus denominado virus de inmunodeficiencia humana bajo las siglas VIH/SIDA, éste ha pasado de ser una epidemia a una pandemia. (Inmunodeficiencia se refiere al debilitamiento de las células blancas y humana se refiere a este tipo de virus que exclusivamente lo contrae el ser humano).³⁷

³⁶ Orientaciones terminológicas de ONUSIDA, octubre de 2011.

³⁷ “Hombre, medicina y salud”, *Enciclopedia Médica*, México, Encyclopaedia Británica, Limusa, 2007.

CAPÍTULO TERCERO

MUJERES Y SIDA

I. MUJERES SEROPositIVAS EN EL MUNDO

En las últimas dos décadas, la proporción de mujeres seropositivas aumentó en 13 puntos porcentuales, advirtieron el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

Al presentarse el informe *Confrontando la Crisis* en el marco de la XV Conferencia Internacional de SIDA en Bangkok, Tailandia, las agencias de Naciones Unidas, advirtieron que las políticas contra el SIDA que no confrontaran inequidades entre hombres y mujeres estaban condenadas al fracaso.

Las mujeres son más vulnerables al SIDA —sostuvo la entonces directora ejecutiva del FNUAP, Thoraya Obaid—, “son las mismas mujeres y niñas que son forzadas al matrimonio temprano. Son las mismas que mueren en el parto después de embarazos no espaciados. Son las mismas que sufren de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados”.

Los organismos recalcaron que las mujeres eran 48% de los 38 millones de personas con VIH, mientras que en 1985 constituían 35% de todos los casos.

El informe documenta las cifras, así como el impacto devastador y a menudo invisible del SIDA en mujeres y niñas, al resaltar cómo la discriminación, la pobreza y la violencia de género alimentan la pandemia.

De acuerdo con la UNIFEM, la situación es particularmente penosa en África subsahariana, donde hay seis mujeres viviendo con VIH por cada cuatro hombres. Y las jóvenes de 15 a 24 años tienen tres veces más probabilidad de adquirir el virus que los varones de la misma edad.

Las investigaciones de la ONU, presentadas en el principal foro sobre SIDA en el mundo, arrojan también evidencias sobre la ignorancia de la población femenina para prevenir la infección. Peor aún, tener la información sirve de poco cuando enfrentan discriminación y violencia en sus hogares.

Por ello, la entonces vicedirectora de ONUSIDA, Kathleen Cravero, sostuvo

☞ es necesario reducir la violencia contra las mujeres, asegurar su acceso a la prevención de VIH y a los tratamientos, así como garantizar su derecho a la propiedad, pues está demostrado que la autonomía económica les da poder para decir no a una práctica de riesgo, aun dentro del matrimonio.

ONUSIDA y UNICEF recalcaron la importancia sobre el uso de medicamentos para prevenir la transmisión del virus de madre a hija e hijo.

Lo que se observa con el paso del tiempo es que se han puesto en marcha diversos proyectos como lo son objetivos del desarrollo sustentable y del milenio pero la respuesta aún es insuficiente.

En México, por cada seis hombres con SIDA, había una mujer en la misma circunstancia, proporción que también aumentó desde el inicio de la pandemia.³⁸

II. MUJERES SEROPOSITIVAS EN MÉXICO

Es sólo hasta hoy que se comienza a informar a las mujeres de lo que es el SIDA y cómo detenerlo. Y esto se debe a las cifras y a

³⁸ Cimanoticias, agencia de noticias de Comunicación e Información de la Mujer A. C. (CIMAC). Fundaciones: John D. and Catherine MacArthur, Ford y Henrich Böll, UNESCO www.cimanoticias.com.mx

las estadísticas que nos han revelado el rápido avance del síndrome en la población femenina en los últimos años. Por esta razón, se tiene que informar de una manera eficaz.

Nuestro país se enfrenta con varios problemas. El primero de ellos es que la información proporcionada en las campañas no ha sido dirigida directamente a las mujeres, y no sólo eso, sino que la información que se dio hacía creer que la mujer estaba fuera de riesgo, se decía que los afectados eran principalmente grupos de hombres que tienen sexo con hombres, drogadictos, receptores de transfusión sanguínea y trabajadoras sexuales. Así, las mujeres se sentían a salvo porque no entraban dentro de ninguna de estas categorías, y si además eran fieles y entraban en una relación monogámica, se consideraban totalmente fuera de riesgo. Y más aún a partir de la información difundida por los medios de información amarillista, que estigmatizaba y denigraba a los erróneamente llamados “grupos de riesgo”.

Con esta desinformación, la mujer se sentía totalmente ajena a la problemática del SIDA. Si a esto le agregamos la forma en que, por pertenecer al género femenino ha sido educada, nos encontramos con una mujer pasiva, que niega su cuerpo y, por lo tanto, su sexualidad; que se anula convirtiéndose en una mujer que complace a los demás, pues su cuerpo no le pertenece.

Por estas razones se tiene que implementar una campaña específica dirigida a la mujer. Una campaña que haga a la mujer consciente del problema del SIDA y la mueva a la acción. Esto requiere de mensajes que contemplen la perspectiva del género, es decir, de una información directa, motivadora, que la haga apropiarse de su cuerpo, de su sexualidad y del cuidado de su salud.

Falta información objetiva, investigaciones dirigidas a solucionar específicamente el problema del SIDA en la mujer.³⁹

³⁹ Aldana, Alma, *Mujer, sexualidad y SIDA*, México, El Colegio de México, Grupo Edición, pp. 139-142.

III. TRANSMISIÓN DE VIH MATERNO-INFANTIL

1. UNICEF ante la transmisión de VIH de madre a hijo

Alrededor de 35% de los niños nacidos de una madre infectada con VIH contraen el virus a causa de la transmisión materno-infantil.

Los niños y las niñas pueden quedar infectados durante el embarazo, el parto o el amamantamiento.

- 15-20% de los lactantes son infectados durante el embarazo.
- 45-50% lo son durante la labor de parto y el alumbramiento.
- 25-30% contraen la infección durante el amamantamiento.

Prevención del VIH en hombres y mujeres jóvenes

Para prevenir efectivamente la infección del VIH en los individuos jóvenes es preciso informarlos sobre el SIDA y además ofrecerles:

- Acceso a preservativos.
- Reforzar la posición de las mujeres en la sociedad y en las familias.
- Conceder al hombre una mayor responsabilidad en la lucha contra el VIH.

Por todas estas razones, la UNICEF tiene un plan estratégico a corto plazo contra la lucha contra el SIDA, con los siguientes puntos clave:

- Prevenir la infección del VIH entre las mujeres en edad reproductiva.

- Reafirmar el apoyo de las familias y las comunidades que ofrecen a las mujeres y a sus aliados para protegerse contra el VIH y beneficiarse de los servicios de la prevención contra la transmisión de madre a hijo.
- Ofrecer un mayor acceso a los servicios de orientación y detección voluntarias y confidenciales.
- Proporcionar servicios de orientación y consulta sobre los mejores métodos de alimentación de los lactantes nacidos de madres infectadas con el VIH.

2. México ante la transmisión de VIH de madre a hijo

Al momento del nacimiento y hasta los 18 meses de edad aproximadamente, los hijos de madres infectadas pueden tener una prueba positiva de anticuerpos contra el VIH sin que esto sea necesariamente sinónimo de infección, ya que dichos anticuerpos pueden ser inmunoglobulinas de origen materno que cruzaron la placenta durante el embarazo. Debido a la importancia de saber lo antes posible si un recién nacido está o no infectado, se han buscado diversas alternativas que permitan el diagnóstico de infección por VIH antes de los 18 meses de edad.

Los niños infectados con VIH o con exposición perinatal se clasifican en categorías clínicas basadas en signos, síntomas o diagnósticos relacionados con el VIH. Esta clasificación es de utilidad para establecer el pronóstico y se podría utilizar como un parámetro para determinar la dosis del tratamiento antirretroviral a utilizar (AZT).

A. Vía perinatal

Hasta hace muy poco se creía que la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) de madre a hijo durante el embarazo se producía al final de éste o durante el alumbramiento. Sin embargo, estudios recientes publicados en el *Journal of Infectious Diseases*, sugieren que la infección se puede dar desde la

octava semana de gestación. Este estudio se realizó con mujeres seropositivas sin síntomas de SIDA y con mujeres que ya padecían la enfermedad y que sufrieron abortos espontáneos entre las semanas 8 y 32 de desarrollo.

Se ha observado que el tratamiento con antirretrovirales durante el embarazo, reduce de 30 a 10% el riesgo de infección perinatal. No obstante, en el contexto del SIDA los derechos reproductivos son vitales. Las mujeres deberían tener acceso gratuito a los servicios de salud.

B. *Vía lactancia*

Generalmente la leche materna es el método más sano y preferido tanto por la madre como por el hijo(a). La leche materna tiene beneficios nutritivos y psicológicos y puede prevenir enfermedades e infecciones en el niño. Amamantar puede ayudar a prolongar el tiempo entre un embarazo y otro, y protege a la madre contra el cáncer ovárico y de los senos.

Sin embargo, los niños que no están infectados con VIH y que se alimentan con leche materna de una mujer con VIH positivo están en alto riesgo de contraer el VIH. Se ha demostrado a través de algunos estudios que 5% de niños en países en vías de desarrollo se infecta por medio de leche materna, y que el riesgo de transmisión del VIH aumenta 3% por cada año que el niño continúa lactando. Es posible prevenir la infección de los niños que han estado expuestos al contagio por vía perinatal si son alimentados con leche en polvo/fórmula u otros sustitutos de la leche materna siempre y cuando este método sea sano y seguro. Muchas mujeres en países en desarrollo no pueden dejar de amamantar a sus hijos(as), ya que no tienen acceso a agua limpia y a buenas condiciones de higiene para la elaboración adecuada de una botella con fórmula/leche en polvo, tampoco cuentan con el ingreso suficiente como para pagar el costo de esta leche. Poniendo en la mesa

todas las variables al respecto, se ha decidido recomendar que las mujeres con VIH positivo deben sólo elegir no amamantar a sus hijos si tienen “asegurado” el acceso sin interrupción a sustitutos de leche materna nutritivos y preparados higiénicamente, ya que de otro modo, los riesgos de infecciones de otra índole son también sumamente riesgosos para la vida de un bebé.⁴⁰

IV. CONDICIÓN DE LA MUJER Y EL VIH/SIDA EN MÉXICO⁴¹

1. *Adolescentes y SIDA*

La prevención de la transmisión del VIH entre las adolescentes se considera esencial, especialmente dado a que a nivel mundial la mitad de las nuevas infecciones ocurren entre personas que tienen de 15 a 24 años. Asimismo, cada año hay 5 millones de nuevos casos de SIDA entre jóvenes.⁴² Aunque ha aumentado el nivel de uso del condón entre los y las jóvenes en México, únicamente 39% de los mexicanos (hombres y mujeres) de 15 a 19 años informaron haber usado condón en la primera relación sexual, mientras 35% de los hombres y 46% de las mujeres dijeron haberlo usado en la relación sexual más reciente.⁴³ La vulnerabilidad de las adolescentes mexicanas en cuanto a la infección por VIH es indicada por los siguientes hallazgos: ellas informan sobre un uso menor del condón, saben menos sobre cómo usarlo correctamente, tienen menor capacidad para interrumpir una rela-

⁴⁰ Leroy, V. *et al.*, “International Multicenter Pooled Analysis of Late Postnatal Mother-To-Child Transmission of HIV- Infection”, *Lancet*, núm. 352, pp. 597-600.

⁴¹ Colaboración en la estructura de la información de este capítulo por parte de Cynthia Rosas Magallanes, MTL MTE, Instituto Nacional de Salud Pública.

⁴² Valdespino, José Luis *et al.*, *25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, CENSIDA, p. 277; UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic: 4th Global Report*, Ginebra, UNAIDS, 2004, p. 231.

⁴³ Walker, D. *et al.*, “HIV Prevention in Mexican Schools: Prospective Randomised Evaluation of Intervention”, *BMJ*, 2006, núm. 332(7551), pp. 1189-1194. Citado por Valdespino, José Luis *et al.*, *25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos, cit.*, p. 277.

ción sexual para proponer su uso y colocarlo y experimentan una mayor proporción de zafadura o roturas de los condones que los adolescentes masculinos.⁴⁴ Las campañas preventivas para reducir los niveles de vulnerabilidad de las adolescentes mexicanas (que han sido dirigidas a jóvenes de ambos sexos) han tenido lugar primordialmente en el contexto escolar; pocas de estas estrategias se han basado en la evidencia científica que sugiere la eficacia de las intervenciones que enseñan habilidades de negociación sobre sexo más seguro y específicamente sobre el uso del condón. Más bien, la educación sexual se ha enfocado en impartir datos biomédicos sobre el VIH/SIDA, y con frecuencia se deja de lado información sobre el medio de prevención más eficiente para las personas que tienen relaciones sexuales: el condón. Las intervenciones basadas en la evidencia que se han evaluado en México han tenido poco éxito en la modificación de los comportamientos, aunque hayan logrado un mayor conocimiento y mejores actitudes.⁴⁵ Se requiere crear un currículo exitoso de prevención de SIDA para adolescentes mexicanos (mujeres y hombres) que incluya diversos aspectos, como información biomédica, estrategias para disminuir el estigma, promover los derechos humanos y el respeto a la diversidad y técnicas enfocadas en la modificación de los comportamientos, que tomen en cuenta aspectos sociales y culturales, especialmente las cuestiones de género, que ponen a las adolescentes en riesgo de adquirir el virus. Un estudio muestra cómo el noviazgo heterosexual involucra relaciones de poder y dominación entre un hombre y una mujer, y en este sentido limita el acceso de la segunda a recursos que le permitirían protegerse a sí misma, por ejemplo, empleando el condón en las relaciones

⁴⁴ Walker, D. M. *et al.*, “Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos”, *Salud Pública*, México, 2006, núm. 48(4), pp. 308-316. Citado por Valdespino, José Luis *et al.*, *25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos*, *cit.*, p. 277.

⁴⁵ Torres-Pereda, M. P. *et al.*, “Prevención de VIH/SIDA en las escuelas: el reto de modificar comportamientos”, en Magis-Rodríguez, C. *et al.* (eds.), *SIDA: aspectos de salud pública*, México, Cuernavaca, Morelos, INSP/CENSI-DA, 2006, pp. 1555-1566. Citado por Valdespino, José Luis *et al.*, *25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos*, *cit.*, p. 278.

sexuales.⁴⁶ Para ello se requerirá hacerles de su conocimiento sus derechos al placer sexual y empoderar a las adolescentes.

2. Mujeres indígenas y SIDA

México ocupa el octavo lugar en el mundo entre los países con mayor población indígena, integrada por aproximadamente 12 millones de personas —siendo el 50% mujeres— lo que representa el 14% de la población total; sus municipios y localidades conforman la quinta parte del territorio nacional, teniendo presencia en el 36% de los municipios de nuestro país. Existen 62 pueblos que hablan más de 60 lenguas originarias y en sus territorios encontramos yacimientos petroleros, el 60% de los bosques y selvas, las principales presas hidroeléctricas y áreas protegidas, y los municipios con los más altos índices de marginación.

La mayoría de ellos comparten un perfil demográfico, es decir, son pobres y mantenidos al margen de los beneficios del desarrollo económico, por ello son más propensos a la marginación política y legal, a poseer bajos índices de alfabetización y educación, menor acceso a las oportunidades económicas, a los servicios de salud, empleos y a los conocimientos sobre la salud reproductiva y sexual.

Las bases de la vulnerabilidad femenina se encuentran fundamentadas en los llamados usos y costumbres de los pueblos indígenas, donde destaca la dominación masculina, que va de la mano con los comportamientos de género tradicionales y se refleja en el VIH. Los pueblos indígenas aún realizan los matrimonios y las maternidades forzadas; a ello se suman las prácticas sexuales de riesgo de sus parejas, el poco acceso sobre su cuerpo, la falta de decisión sobre sus derechos sexuales y reproductivos, el tráfico, la venta y la violencia de género traducida en la falta de equidad, desventajas jurídico-económicas, el escaso acceso a los recursos,

⁴⁶ Théodore, F. L. *et al.*, “El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas”, *Salud Pública*, México, 2004, núm. 46(2), pp. 104-112, citado por Valdespino, José Luis *et al.*, *25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos*, *cit.*, p. 278.

a la salud, a la educación y a la información. Todo ello conlleva a que este sector de la población viva con una triple desventaja en su capacidad de decisión al ser pobres, indígenas y mujeres, con el agravante de que no se han apropiado de su derecho a la autonomía. Los llamados a la preservación de las culturas indígenas, entiéndase por esto a mantener el *statu quo* de usos y costumbres descrito arriba, niega a los propios pueblos indios —y a las mujeres en particular— la capacidad de cambiar y transformar sus propias sociedades y culturas; generando atrasos en sus condiciones de salud.⁴⁷

Por lo que falta mucho trabajo de educación sexual y empoderamiento en este grupo de mujeres.⁴⁸

3. Las fuerzas armadas ante el SIDA

Las fuerzas armadas mexicanas muestran rezago respecto de las medidas continentales de cooperación militar en materia de prevención y control del VIH/SIDA. En la actualidad se reconoce que el VIH es un peligro para la seguridad, así como la necesidad de atender la particular vulnerabilidad de las fuerzas armadas mediante programas específicos, materiales educativos y distribución de preservativos. Si este virus representa un problema de seguridad humana, es decir, de un concepto en el que confluyen las preocupaciones por el desarrollo humano y la seguridad nacional; si el VIH representa una amenaza para el desarrollo de los individuos y la seguridad colectiva, y es un problema estratégico que requiere de cooperación internacional, entonces el papel de las fuerzas armadas es preponderante, por ejemplo, cuando ocurren desastres naturales en que participan en la respuesta coordinada y la reconstrucción. Por consiguiente, es desde el interior de las fuerzas armadas que la educación sexual, el empoderamiento de

⁴⁷ Libro en archivo “Indígenas”, Comisión Nacional de Derechos Humanos, pp. 8 y 9.

⁴⁸ Ponce Jiménez, Patricia *et al.*, *El VIH y los pueblos indígenas*, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2011, p. 7.

las mujeres, la capacitación y la prevención pueden atenuar los efectos del VIH en esas instituciones y sus miembros.⁴⁹

4. *Las mujeres compañeras de migrantes y el VIH/SIDA*⁵⁰

La vulnerabilidad al VIH en las mujeres compañeras de migrantes (MCM) requiere ser contextualizada, como parte de los procesos sociales que se viven en las comunidades con elevada migración hacia los Estados Unidos de América, de forma que se evite señalar a las mujeres como un grupo naturalmente vulnerable al SIDA.

En los países subdesarrollados, la epidemia se ha concentrado en las poblaciones más marginadas, en las periferias de las grandes ciudades y crecientemente en las zonas rurales.

En otro estudio se documenta que la mayoría de las personas que migran hacia los Estados Unidos son mujeres, la mayoría indocumentadas. De ellas, tienen algún tipo de experiencia sexual en el trayecto según los contextos e interacciones durante el viaje (violación, sexo condicionado, intercambio sexual de supervivencia, compañerismo), que les expone de manera diferencial el riesgo de infección por infecciones de transmisión sexual y VIH. Los autores Dreser, Leyva y Bronfman identifican que la representación social de la mujer migrante corresponde a una mujer disponible y dispuesta a tener relaciones sexuales; pues al viajar de forma indocumentada y con escasos recursos económicos y sociales, se asume que el sexo puede ser su único recurso disponible para su supervivencia y facilitar el tránsito, pero también como parte de un comportamiento social esperado.

Son pocos los estudios que se han ocupado de darle peso a los factores socioculturales que contribuyen a crear vulnerabilidad

⁴⁹ Hernández Forcada, Ricardo y Feliciano Mendoza, Omar, *VIH SIDA y derechos humanos en México: el caso de los militares*, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2011, p. 21.

⁵⁰ El término migración se utiliza principalmente para la migración económica, mientras que el desplazamiento forzoso se aplica más a los solicitantes de asilo, refugiados, desplazados internos y apátridas. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA, octubre de 2011.

ante infecciones de transmisión sexual y VIH entre migrantes. Hirsch, señala que las mujeres compañeras migrantes reconocen que la migración de sus compañeros les representa riesgo ante las infecciones de transmisión sexual y el VIH.⁵¹

5. Mujeres en situación de confinamiento con SIDA

Las mujeres en situación de confinamiento Ceresos, Ceferesos y prisiones militares, según señala el Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, sufren de deficientes programas para la detección voluntaria del SIDA, así como deficiente atención médica de las internas con SIDA agrupadas en su calidad de reclusas con requerimientos específicos en la república mexicana.⁵²

V. ONG Y MUJERES CON SIDA

Las ONG mexicanas que han realizado proyectos, señalan la necesidad de tener documentación actualizada sobre el tema; el intercambio de experiencias con personas de otros países para conocer propuestas exitosas de otras regiones; la convivencia con mujeres VIH positivas de otras regiones; el financiamiento para continuar con las actividades; la capacitación en temas de abogacía; el establecimiento de mecanismos eficaces para el contacto con las personas y organizaciones participantes de las redes; la retroalimentación de personas expertas en el tema para comparar resultados y plantear acciones a futuro; el compromiso y convenios de colaboración por parte de las diversas instituciones públicas para poder alcanzar las metas planteadas en los proyectos; el respaldo de alguna institución pública a las acciones realizadas por las ONG; los presupuestos públicos destinados específicamente al tema del SIDA y mujeres; información actualizada so-

⁵¹ Leyva, René y Caballero, Marta, *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 24 y 25.

⁵² Comisión Nacional de Derechos Humanos, Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, 2014.

bre foros, eventos, formación académica y de investigación en el tema de SIDA y mujeres; estadísticas actualizadas sobre SIDA, divididas por sexo y edad; intercambio con especialistas en el tema; presupuestos públicos para medicamentos; campañas gubernamentales enfocadas en la prevención del SIDA en mujeres; capacitación para la elaboración de proyectos y la gestión de recursos económicos, entre otros muchos elementos que se requieren para fortalecer las acciones de la sociedad civil en el tema.⁵³

VI. TESTIMONIO DE EVA, MEXICANA CONTAGIADA CON SIDA⁵⁴

— ¿Quién eres?

Hoy soy una mujer tratando de quererse, aceptando su realidad, fuerte, alegre y trabajadora, amorosa con mi familia, aunque no lo parezca, un poco dura para decir las cosas.

Siempre he sido muy alegre, siempre vuelvo a empezar.

— ¿A qué le tienes miedo?

A sufrir antes de morir, no quiero ser una carga para mis hijos, que me cambien el pañal, a depender de ellos, yo siempre doy.

— ¿Eres feliz?

A medias, se puede decir que sí, fue mi decisión aceptar a ese hombre, a mis nietos, el trabajo. Mis hijos son mi preocupación, no mi felicidad.

— ¿Qué les dirías a las mujeres?

Yo creo que la libertad, el derecho a decidir, a ser feliz, tiene una palabra: responsabilidad.

— ¿Cómo es tu día?

Me levanto a las 4:30 de la mañana para bañarme, vestirme, arreglar mi cama, mientras veo las noticias tomo un vaso de leche y unas galletas o pan de dulce. Despierto a mi hija y le doy la bendición. Salgo al diez para las seis, tomo mi pesero y me deja

⁵³ Herrera, Cristina *et al.*, *Las ONG y su trabajo en mujeres y VIH/SIDA. Experiencias de GLAMS en México*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2005, p. 58.

⁵⁴ Entrevista tomada de *Historia de mujeres VIH*, México, SIPAM, CNDH, IDEAS, Gobierno de la Ciudad de México. http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/Otros%20documentos%20relevantes/Historias_de_mujeres_vih.pdf (consultada el 29 de julio de 2016).

en Moctezuma, voy a Pino Suárez, a Taxqueña y de ahí a la UAM Xochimilco.

(Eva trabaja aseando una casa, tiene once años haciéndolo).

Llego a las ocho, recojo ropa, lavo, barro, trapeo, atiendo a los niños, lavo el baño, trastes, desayunamos a las 11 con mi medicamento, a las dos comemos. El doctor con el que trabajo tuvo un diagnóstico de cáncer hace algún tiempo, yo estuve con él, sufrí su enfermedad.

A las dos comemos, ella guisa muy rico, al final lavo la cocina y salgo. La niña de la casa tiene siete años y un carácter fuerte. A las cuatro y media o cinco hago el mismo trayecto de regreso, a las seis llego a pelear con mi nieto, que me dice: “Abuela, vienes cansada, vete a dormir”. A veces hago una cena ligera, después a las 11:30 un poco de leche, pan y medicamento.

Mis amigas son mis vecinas Alicia, Georgina y Ana.

— ¿Por qué no escribes tu testimonio?

Claro, ¿Por qué no?

Empezar a escribir este testimonio me costó mucho; no es grato recordar todo lo que te hizo daño, que te dejó una gran cicatriz.

Hola, soy Eva, tengo cincuenta años, y ocho con el diagnóstico de ser seropositiva, soy la mayor de un segundo matrimonio de ambos padres, tres medios hermanos de padre y tres más de madre antes que yo y otros tres que se dicen ser mis hermanos.

Quiero contarte un pedazo de mi vida, yo me crié en una familia de clase media alta, nuestra casa era grande, en una zona privilegiada, no carecíamos de nada, fuimos de las familias que tuvieron todo: consola, tele, autos, casa propia, buena ropa; recámara para mujeres y otra para hombres, baño con tina y personas que lavaban, limpiaban la casa y nana. Mis padres trabajaban y mi abuela que era la dueña de la casa, guisaba y trataba de educarnos.

Hablando de la abuela, era una persona muy racista, a mí en lo personal nunca me quiso por ser de tez oscura y a otra hija de mí más por ser morenas, las otras dos hijas de mi mamá son de tez blanca y cabello claro, por lo tanto a los morenos nos vestían de colores oscuros y cabello corto y a los claros de colores claros y cabello largo. Además, fui abusada por un tío; sobrino de mi abuela cuando yo tenía como cinco o seis años. Un día platicando con

mis hermanos me enteré que abusó de todas y decidimos decir a nuestros padres, pero como esto fue varios años después dijeron que ya no se podría hacer nada.

Fui a una escuela de gobierno, mientras mis hermanas iban a escuela de paga, no estudié más que la secundaria y fui la oveja negra de la familia ya que era muy rebelde, huí varias veces de mi casa, con una amiga de la colonia, era hija de un político renombrado, su mamá me dejaba quedar porque sabía que no la podían acusar: pero cuando llegaban por mí me entregaban con mi familia.

Durante el periodo escolar de la secundaria mis padres decidieron separarse ya que ambos habían encontrado nueva pareja. El enojo y maltrato de mi abuela hacia mí se hizo más fuerte ya que se hizo cargo de nosotros por completo: no me compraba ni ropa, ni zapatos, ya que mi padre dejó de dar lo poco que daba de gasto; por eso con mucho coraje me daban lo que mi media hermana dejaba y cuando me llegaba a comprar ropa o zapatos, eran de oferta mientras que a mis hermanas les compraban en una boutique del centro, pues ella era pensionada de Telmex.

También, durante la secundaria conocí al que sería mi pareja por más de 5 años, él era hermano de mi cuñado, esposo de mi hermana la mayor, cuando lo conocí me gustó mucho, a pesar de que yo ya había tenido otros novios, cuando empecé a andar con él, casi no hablaba, era muy retraído y callado, se puede decir que yo lo seduje ya que él no sabía mucho sobre el sexo, por eso salí embarazada y me fui a vivir con mi hermana la grande y luego a casa de mis suegros; vivía en unos cuartos que le prestaba su mamá; con una cocina de dos por dos, de lámina de cartón y un cuarto de cinco por tres, donde vivían 11 personas. Ahí me llené de piojos, los cartones tenían chinches y los ratones se paseaban por el piso; su baño era de fosa común y compartida con otra familia.

Desde ese momento me di cuenta que no debía seguir con él, pero recordaba las palabras de mi padres: “vas a regresar muy pronto” y “me has defraudado”, ya que según él, se quiere más a los hijos ajenos que a los propios por eso decidí quedarme, mi pareja estaba estudiando contaduría, cuando se tituló nos salimos

de su casa; su mamá se enojó mucho porque ella le había pagado la carrera y esperaba que le compensara con algo al empezar a trabajar, ella no me quería y a pesar de que todos mis hijos se parecen a su familia (menos el más chico), siempre me dijo que mis hijos eran bastardos, yo creo que él nunca pudo con el paquete ya que empezó a tomar y a maltratarme: me pegaba hasta casi matarme y su familia usaba eso para ponerlo en mi contra y que me maltratara más, una de mis hijas murió a los tres meses y en ese embarazo él me aventó de la escalera y me lastimó la panza pero aun así seguí con él; tuve cinco hijos. A mi pareja nunca le gustó trabajar en las oficinas y por eso estudió mecánica y puso su taller, pero el alcohol y la fiesta se incrementó, faltaba los fines de semana, llegaba sucio y sin dinero, más a fuerzas que de ganas me compró el departamento donde vivo, aunque me corría cada que quería.

Cuando mis hijos crecieron ya no le permitían que me maltratara, pero a ellos llegó a pegarles y a retarlos a golpes, él empezó con el maltrato psicológico: me decía que estaba gorda y fea que las de La Merced estaban mejor; decía que yo andaba de puta porque me salía a vender joyería y ropa para poder completar el gasto; se metió con una de mis hermanas y yo creo que hasta con un conuño. Un día tomando en su casa despertaron muy empiernados y abrazados, después se lo comenté pero ya tenía mucho que no dormíamos juntos.

Él adelgazó mucho, tenía mucha diarrea, perdió el control de esfínteres, tenía unos granos o manchas en la cara y Cándida,⁵⁵ perdió la memoria pero nosotros creíamos que era por el alcohol ya que no dejaba de tomar ningún día.

Lo anexaron y de ahí pasó al “Fray”,⁵⁶ en el que murió a los tres meses, él sabía lo que tenía ya que un día quiso hablar conmigo de algo importante y luego ya no me dijo nada; pero le dijo a una de mis hijas que ojalá yo lo perdonara y que le pudiera volver a querer como al principio.

⁵⁵ La Cándida es una infección por hongos, generalmente en mucosa que se manifiesta como algodoncillo.

⁵⁶ Se refiere al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

En su acta de defunción dice probable VIH pero nunca lo confirmaron y ya por respeto a mis hijos no pedí que le hicieran la autopsia ni la prueba confirmatoria, a mí me hicieron la de “Elisa” y la “Western Blot” en el “Fray”, en Salubridad otro igual, en un particular y finalmente en la Clínica Condesa, los medicamentos me han ayudado pero también han dañado mi cuerpo ya que tengo lipodistrofia.

Hoy trabajo en un grupo de mujeres con el mismo padecimiento que yo, he aprendido a vivir con el VIH. Aunque no lo acepto, me pregunto por qué a mí, y lo único que me contesto es porque no le puse límite a mi pareja y no pude valorarme; pero quién me dice que yo valgo —cuando desde tu familia te discriminan y maltratan—, hoy amo a mi familia y mi vida y trato de que tengan una vida mejor, “lo que no te mata te hace más fuerte”.

Los derechos humanos de un individuo empiezan desde la familia, cuando se rompen se destruye la autoestima y el motor del ser humano y se vuelve frágil.⁵⁷

⁵⁷ CNDH, *Historias de mujeres VIH*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos, Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos, SIPAM, Salud Integral para la Mujer A. C., Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, Clínica Especializada Condesa, Ideas, A. C., Investigación y Desarrollo Educativo, pp. 26-32.

CAPÍTULO CUARTO

OBSTÁCULOS VS. LA DISMINUCIÓN POR CONTAGIO DEL VIH EN LA MUJER EN MÉXICO

I. VISIÓN LAICA NECESARIA PARA COMBATIR EL VIH

La sexualidad de las mujeres y la agenda laica de los derechos deben remar contra las mayorías por su autonomía, diversidad, diferencia, tolerancia, discriminación y dignidad; valores morales de la laicidad.

Para que se creen políticas públicas en materia de los derechos sexuales, la educación y la investigación deben ser laicas, comprendiendo y orientando el desarrollo científico.

La propuesta de conceptualización de la laicidad abarca dos dimensiones: el proyecto intelectual y el institucional o del Estado.⁵⁸

- El proyecto intelectual.
- El proyecto filosófico es el antidogmatismo.
- Todas las verdades son parciales.
- El laico no acepta ideas que no puedan cuestionarse.
- Para el laico no existen verdades definitivas.
- El laico no acepta que no haya ideas que no puedan derrotarse.
- En el terreno para el debate, las disputas deben ser sometidas al escrutinio de la razón crítica.

⁵⁸ Véase nota 27, *supra*.

El Estado laico en México aparece en los artículos 3o., 40 y 130 constitucionales.

☞ Artículo 3o. El Estado garantizará la calidad en la educación obligatoria de manera que los materiales y métodos educativos, la organización escolar, la infraestructura educativa y la idoneidad de los docentes y los directivos garanticen el máximo logro de aprendizaje de los educandos.

Párrafo adicionado: “Garantizada por el artículo 24 la libertad de creencias, dicha educación será laica y, por tanto, se mantendrá por completo ajena a cualquier doctrina religiosa”.⁵⁹

☞ Artículo 40. Es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una República representativa, democrática, laica, federal, compuesta de Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior; pero unidos en una federación establecida según los principios de esta ley fundamental.⁶⁰

☞ Artículo 130. El principio histórico de la separación del Estado y las iglesias orienta las normas contenidas en el presente artículo. Las iglesias y demás agrupaciones religiosas se sujetarán a la ley.

Corresponde exclusivamente al Congreso de la Unión legislar en materia de culto público y de iglesias y agrupaciones religiosas.

México surge como un Estado laico, pero se ha reblandecido al contener su poderío y someter a las iglesias su poder civil.

- La laicidad pide que el estado no utilice su poder para condicionar o privilegiar su poder a una religión frente a las otras.

⁵⁹ *Diario Oficial de la Federación* del 26 de febrero de 2013.

⁶⁰ Artículo reformado, véase *Diario Oficial de la Federación* del 30 de noviembre de 2012.

- El Estado impide que las iglesias colonicen o impongan sus normas.
- El Estado no privilegia y no discrimina a las iglesias ni a las personas.
- El Estado se retrae de la esfera pública y en la esfera pública se recrean todas las religiones libremente.
- El Estado debe observar que el contenido del derecho que lo norma no esté regido por el contenido moral de una religión determinada.
- El Estado laico es respetuoso y permite el recreamiento de las religiones; separando la iglesia del Estado: sana laicidad. Frente a los laicistas, quienes son jacobinos radicales terminan siendo religiosos.
- El Estado laico pide a las religiones se replieguen de la vida pública y se replieguen a la vida privada.

En la esfera del Estado el delito vale para todos, sí tiene significado para todas las personas que tienen o pasan por una comunidad política y en la religión los pecados como acción pecaminosa sobre los feligreses tienen peso moral.

Existen diversos tipos de moral: eterna, positiva e individual. La moral no es exclusiva de las iglesias, los laicos poseen valores morales.

Debemos recorrer las pautas de los dilemas que vamos encontrando, la permisión abre posibilidades, pero la prohibición limita las oportunidades de despojarse de las convicciones personales.⁶¹

Por otra parte, en una nota del periódico *Reforma*⁶² escrita por Ivonne Melgar, se lee: “Reivindicar el sentido ético del laicismo, porque implica la confianza en la razón humana y en la congruencia entre lo que se hace y lo que se dice”.

⁶¹ Acotaciones hechas por Pedro Salazar, director del Instituto de Investigaciones Jurídicas, en el Diplomado “Bioética y Derecho” inaugurado el 19 de febrero de 2016.

⁶² *Reforma*, 13 de noviembre de 2002, sección Nacional.

Fuentes Molinar en esa misma nota subraya: “desde la visión laica del Estado deben difundirse derechos tan definitorios como los de la vida sexual, guiados por una conciencia propia, por la información y el derecho a la información”.

De hecho, en un Estado laico y democrático lo ideal es que las normas jurídicas sean permisivas —no obligatorias, ni prohibiciones— con la finalidad de que las personas puedan optar por el plan de vida que mejor se ajuste a sus propias convicciones morales. En un contexto de libertades cada uno de nosotros es el único responsable de sus decisiones y acciones. Y esto es así porque tenemos el derecho —en igualdad de condiciones— de expresar y manifestar nuestras creencias y convicciones en un marco de respeto y pluralidad. Por lo mismo, ante los temas controvertidos y difíciles, la laicidad es sumamente importante: es la garantía de que podremos expresar nuestras diferencias para alcanzar acuerdos provisionales que nos permitan convivir sin que nadie imponga su verdad a los demás. Y no lo perdamos de vista, se trata de un derecho individual, personalísimo, no de una potestad de las corporaciones o de los grupos de interés, de ahí que en la deliberación democrática todas las voces tienen el derecho de participar, pero deben hacerlo a título personal y en igualdad de condiciones.⁶³

La religión católica predominante ha creado una situación de frustración sexual a sacerdotes, cuando la sexualidad es natural; este pensamiento se ha permeado entre las mujeres católicas: frustración, negación, ignorancia de su propia sexualidad, y ante una pandemia como el VIH/SIDA lo que se necesita es educación sexual y empoderamiento.

II. DISCRIMINACIÓN A SÍ MISMAS Y ESTIGMATIZACIÓN FAMILIAR POR CONTAGIO DE VIH

Las mujeres viven un sistema patriarcal en donde la condicionante es la discriminación propia de la mujer; en suma, las

⁶³ Salazar Ugarte, Pedro, *La laicidad, antídoto contra la discriminación*, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2007, pp. 47 y 48.

mujeres vistas como enfermas o débiles son más despreciadas en esta sociedad, y aún más si están contagiadas por el VIH. Pero la cuestión no sólo es cómo son vistas las mujeres por otros grupos de personas dentro de su sociedad, sino cómo las propias mujeres se sienten menospreciadas por ellas mismas —discriminándose— causándose problemáticas de índole psicológica, lo que repercute en los ámbitos familiares, laborales, etcétera.

El estigma asociado al SIDA hace que las personas sean reacias a visitar los centros para realizarse la prueba voluntaria con consejería (PVC).⁶⁴

El estigma y la discriminación siguen prevaleciendo en muchos centros de salud, a pesar de que el personal ha recibido capacitación. Cuando acceden a los servicios, las personas con VIH son todavía y a menudo juzgadas basadas en la creencia errónea de que su comportamiento es peligroso.⁶⁵

Es más difícil para las mujeres acceder a servicios de prevención por el miedo al estigma de su sexualidad.⁶⁶

La familia estigmatiza a la mujer contagiada por muchas razones entre otras porque la ven como objeto y al momento en que ésta no va a poder aportar económicamente a su hogar y cumplir con todas las tareas domésticas es rechazada y mal vista; negándole oportunidades, excluyéndole de la familia, le hacen sentir mal, le dan trato diferente o desigual y le niegan el goce de sus derechos.

III. SIDA Y MACHISMO AMENAZAN A LAS MUJERES

Silvana Paternostro, en el *Time Magazine*, cita al epidemiólogo colombiano Juan Eduardo Céspedes, y predijo que tal como en África, las mujeres constituirían el segmento más desprotegido contra el VIH en Latinoamérica y agregó con dramatismo: “Una

⁶⁴ “Prevención para el VIH niñas y mujeres jóvenes, 4 componentes de prevención y accesibilidad de los servicios”, *The Global Coalition on Women and AIDS*, International Planned Parenthood Federation, UNFPA, p. 4.

⁶⁵ *Idem.*

⁶⁶ *Idem.*

mujer monógama y casada corre un riesgo mayor que una prostituta”.

¿Por qué?, por una sencilla razón, el machismo derivado de las costumbres que perpetúan la desigualdad de género —de los hombres incluso se espera que sean infieles— y mujeres, y esto en la actualidad no sólo representa la infidelidad, sino que es una infidelidad que resulta fatal para más de la mitad de la raza humana.

Estas mujeres en Latinoamérica no sólo deben soportar que el hombre entre más infiel, más hombre es, sino que deben soportarlo y fingir que no lo saben. En cursos para la prevención del SIDA en Latinoamérica, específicamente en Río de Janeiro, más de una docena de mujeres escuchaban atentamente a una asistente social y el punto más importante fue “por qué no pueden obligar a sus maridos a usar condón”, y redundantemente la respuesta es: el machismo. Todas las mujeres salieron del lugar con un preservativo en sus bolsas y a la semana siguiente, regresaron, ninguna de ellas con éxito.

En el ejercicio de la violencia y las relaciones sexuales incrementan el riesgo de contagio entre las mujeres de VIH de la sociedad, donde la mujer maltratada no tiene la posibilidad de negociar el uso del condón.

IV. FALTA DE EDUCACIÓN GENERACIONAL PERMEADA POR EL GOBIERNO CONSERVADOR SOBRE LA GAMA DE PRÁCTICAS SEXUALES

Para empezar comentaremos lo que una organización no gubernamental, Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (Andar), advirtió ya hace más de una década que los derechos sexuales de los mexicanos están en riesgo por el avance de las políticas conservadoras, señalando que dichas medidas conservadoras obstaculizan la puesta en práctica de una política sexual en la que se incluya la educación de enfermedades sexualmente transmisibles que evite la muerte de miles de mujeres cada año.

Por otra parte, la *Guía para padres*, coeditada por la Fundación Vamos México y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE), careció de información específica sobre

VIH/SIDA. De hecho, recomienda a los padres de familia “posponer” que los hijos salgan con su pareja a pasear solos y busquen mejor acercarlos a participar en reuniones en las que se encuentren en presencia de un adulto, creando tabúes alrededor de la sexualidad.

En entrevista de la revista *Arcana*, la intelectual Marta Lamas le responde a Margarita Zavala, destacada militante del Partido Acción Nacional, acerca del tema que nos ocupa, lo siguiente:

☞ Que son diferencias reales de apreciación crucial para las mujeres y para los hombres (aunque éstos aparenten no darse cuenta). Un ejemplo: las mujeres panistas también forman parte de la campaña de silencio sobre el SIDA, y tu partido sostiene que el SIDA es asunto de la familia, no de las personas.

La señora Lamas le insta a celebrar que no comparta la conocida intolerancia de Acción Nacional en temas de sexualidad y reproducción, y que para ello exprese su postura. A lo cual no dio respuesta la militante panista.

En una ocasión Ana Cristina Fox, hija del ex presidente de los Estados Unidos Mexicanos, ante la fe, la ignorancia, la pobreza y sobre todo el oportunismo del PAN, pretendió impulsar un programa de abstinencia sexual mediante el DIF.

En opinión basada en esta investigación se cree conveniente empoderar a las mujeres para que tomen el control de su salud sexual y de su propia vida; con educación sexual adecuada e información oportunamente preventiva, se disminuirá la muerte de mujeres con riesgo de infección del VIH.

V. FALTA DE CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES SOBRE LOS BENEFICIOS POSITIVOS DE SU PROPIA SEXUALIDAD

La hipótesis de la autora —Naomi Wolf del libro titulado *Vagina*— es que el placer sexual empodera biológicamente a las mu-

jeros (además de psicológica y políticamente), y que traumatizar a las mujeres también tiene un impacto en su cerebro y su cuerpo. Lo anterior ha sido confirmado por los profesionales de distintas áreas relacionadas con este tema, como ginecólogos y especialistas en vulvodinia, neurocientíficos, etcétera. Wolf nos señala que se vuelve muy controversial tratar el tema del involucramiento del poder y el placer sexual de las mujeres incluso mucho más que el sometimiento del sexo femenino.

Debe existir respeto por el placer de la sexualidad femenina y no debemos permitir su traumatización, ya que al devaluarla se afecta directamente el empoderamiento de la mujer y su potencial en la sociedad.

La respuesta sexual de las mujeres involucra entrar a un estado alterado de conciencia. Esta transformación depende del sistema nervioso autónomo o lo que los científicos conocen como ANS. Este sistema que controla suavemente los músculos del sistema, contienen divisiones simpáticas y parasimpáticas. Las dos divisiones trabajan en conjunto. En las mujeres la excitación es más delicada de lo que la mayoría de la gente entiende, depende significativamente en la sensibilidad del inhibido sistema.⁶⁷

Es muy importante integrar el respeto por el derecho al placer sexual en conjunto con el entendimiento de su bienestar en general, asimismo comprender las diferentes maneras en que su sexualidad es devaluada o respetada por la sociedad, ya que afecta directamente el poder y el potencial de la mujer en la sociedad.⁶⁸ La mujer para poder tomar decisiones determinantes sobre los riesgos del contagio del VIH, debe estar empoderada, y estar empoderada quiere decir entre otras muchas cuestiones que la mujer debe tener conocimiento del funcionamiento de su sexualidad para proteger su salud. En otras palabras, la mujer que desconoce

⁶⁷ La activación de todo el sistema autónomo femenino es lo ideal: liberan dopamina, opiáceos y oxitocina. Los impulsos que terminan en el cerebro femenino, así como todos los neurotransmisores que envían señales desde el clítoris, vagina, cérvix, médula espinal, finalmente llegan al hipotálamo y al tronco del encéfalo. Lo que resulta sumamente benéfico para la salud física y mental de la mujer, aumentando estados de conciencia y creatividad.

⁶⁸ Wolf, Naomi, *Vagina*, EUA, Harpers Collins Publisher, 2013.

su organismo lo hace invisible y por tanto no lo cuida, tampoco lo protege porque no está consciente de sus necesidades más íntimas por prejuicios, pudiendo contraer un virus como el VIH.

VI. INDIFERENCIA ENTRE LA COMUNIDAD POR SENSIBILIZARSE ANTE EL SIDA

Esto nos remonta a tiempos ancestrales en donde todo es oscuro y no se quieren decir las verdades por una ignorancia y religiosidad en el caso de los pueblos católicos, lo cual genera problemáticas de salud sexual generación tras generación.

Cada persona tiene a su alrededor una historia acerca del padecimiento de la sexualidad. Las problemáticas más sencillas en el sistema patriarcal se pueden observar por ejemplo cuando un hombre le puede decir a una mujer en el momento que quiere y se le antoja tener relaciones sexuales, pero la mujer no puede permitirse desear sentir placer sexual. Si los machos se asfixian si una mujer requiere ser complacida con multiorgasmos, menos aún pueden negociar el uso del condón al momento de tener relaciones sexuales; por lo que se hace necesaria la educación sexual y el empoderamiento.

La sensibilización de las comunidades en todas las formas ante el VIH la vamos a lograr con educación; ésta es la herramienta fundamental. Como dice Friedrich Nietzsche: es preciso que cambiemos nuestra forma de ver para que acabemos cambiando nuestra forma de pensar.

CAPÍTULO QUINTO

COMPLICACIONES EN EL SECTOR SALUD EN TORNO AL SIDA

I. ES NECESARIO EL FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

A principio de la década de los ochenta, ante la emergencia del SIDA y la necesidad de monitorear el problema, la comunidad internacional se vio obligada a instrumentar sistemas de información con base en la notificación pasiva de casos por los servicios nacionales de salud, con un criterio de registro basado en la fecha en que se notificaba el caso.

Conforme la epidemia avanzaba, se evidenció que la información resultó ser inexacta e inoportuna por el subregistro y extemporaneidad para la vigilancia epidemiológica.

Más tarde, el Programa Mundial de las Naciones Unidas en VIH/SIDA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recomendaron que la información se registrara basándose en la fecha que el caso fuera diagnosticado.

En México, en 1983, se inició el Registro Nacional de SIDA, que acumulaba los casos de acuerdo con la fecha de notificación y una cobertura limitada, además de presentar un subregistro de 33% y extemporaneidad de cinco años en promedio.

Ante el reto que presentaban las instituciones de salud de generar información epidemiológica oportuna que orientara las acciones del Programa de Prevención y Control de VH/SIDA, el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CONAVE),

definió con base en las recomendaciones de ONUSIDA y OPS, nuevos criterios y procedimientos que fortalecieran la vigilancia epidemiológica de este padecimiento.

Según el entonces director general de Epidemiología de la Secretaría de Salud, el Sistema de Vigilancia Epidemiológico contaba con una cobertura de 82%, y la extemporaneidad se había reducido en un promedio de ocho meses; además se llevó a cabo vigilancia centinela en poblaciones especiales, se efectuó búsqueda activa de casos en unidades hospitalarias, se revisaron periódicamente los certificados de defunción, se hizo tamizaje en los donadores de bancos de sangre, entre algunas de las acciones que apoyaron el fortalecimiento del Registro Nacional de SIDA.

De lo anteriormente dicho por el director de Epidemiología, hoy en día desafortunadamente el Sistema de Vigilancia Epidemiológico no es eficiente, ni cumple con proteger lo establecido en el artículo 6o. constitucional en materia de derecho a la información y más en cuestiones señaladas prioritarias, como lo es la salud SIDA de la mujer.

Por otra parte, la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud sostuvo que:

☞ Esto es lo que dice el Reglamento pero lo que sucede en realidad es muy distinto ya que en la práctica la persona que llega a pedir información a la Dirección General de Estadística e Informática y la solicita específicamente de la manera que necesita, en primer lugar le es negada dando como razón que ellos elaboran datos (esa oficina) y que esa no es información que se le pueda dar al público. Segunda, que no se puede dar al público la información que requieran de manera específica ya que solamente podrán obtener la información elaborada por el Centro Nacional del SIDA.

En materia de salud sexual, en caso específico del SIDA, los datos que se obtienen en el boletín epidemiológico son propiedad de la Secretaría de Salud y son confidenciales, el Centro Nacional del SIDA (CENSIDA) es quien determina cuál información va a ser proporcionada a la población y si esa información se va a

considerar pública, sin contar con ningún instrumento legal que regule el flujo de esta información.

Además, la comunicación de información y acuerdos entre las dependencias, Secretaría de Salud y CENSIDA, se realiza en juntas privadas en donde la sociedad civil no tiene acción.

Al mismo funcionario se le preguntó en entrevista que si la información que le llegaba a su escritorio tenía algún control, es decir:

- a) Un acuse de recibo.
- b) Fecha en que indicara cuándo se recabó la información y la fecha de entrega o recepción de dicha información.
- c) Quién se hace cargo y en qué plazo se debían entregar los informes a las oficinas correspondientes.

Por otra parte, podemos ver que está en proyecto la PROT-NOM-040-SSA2 Información en Salud, pero de la misma manera no aclara nada este proyecto de norma; sólo se basa en señalamientos sin indicar con precisión el funcionamiento a la maquinaria del sistema nacional de salud en materia de información.

En la introducción, dicho proyecto de norma señala que tradicionalmente la generación de información en salud en nuestro país ha venido incorporando información estadística de por lo menos 10 sistemas con diferentes formatos de captura, glosarios de términos y periodos de levantamientos en distintos momentos.

En la actualidad, México cuenta con el documento que emiten la Secretaría de Salud, la Dirección General de Epidemiología y el Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH/SIDA denominado Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 2do. Trimestre de 2015, en el cual se siguen mostrando estimaciones.

II. La Secretaría de Salud reconoce que se desconocen las cifras del SIDA

Adriana Bermeo V., en el periódico *Reforma*, publica:

☞ Eleva gobierno atención a SIDA.

Para ejemplificar este tema contamos con lo entonces señalado por Asa Cristina Laurell —secretaria de Salud del Distrito Federal en sexenios anteriores— aseguró que no se puede saber a ciencia cierta la magnitud del problema, ya que no puede obligar a toda la población a someterse a un examen de VIH, ante la cual se sigue la estrategia de promover el examen y dar las facilidades a la población para que se realice.⁶⁹

Con eso y los temas anteriores, sólo se deja ver una incongruencia, donde se dan a conocer cifras inconsistentes y poco aproximadas de la magnitud del problema, al cual se le pretende dar una solución, sin tener información confiable y accesible del VIH, creando instituciones nuevas sin un presupuesto, que además de escaso, no se tiene idea de a qué se enfrenta la Secretaría de Salud.

☞ En la Ciudad de México, el SIDA crece más rápido que los recursos para atenderla.⁷⁰

Problemática de acopio de datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) al momento del levantamiento de las encuestas.

Y es que en este tema, dice, México vive una situación paradójica. “El gobierno sabe todo de nosotros en el momento que pagamos impuestos y nos inscribimos en el censo del INEGI, pero los mandantes no sabemos nada de lo que hace el gobierno”.

⁶⁹ Periódico *Reforma* del 20 de marzo de 2002.

⁷⁰ Periódico *Reforma* del 25 de julio de 2005.

III. EN LAS CAMPAÑAS ELECTORALES SE OLVIDA EL TEMA PARA GENERAR NUEVAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

Bien es cierto que en las campañas electorales se ha olvidado el tema del SIDA, ante tal circunstancia nuestra postura es que no debería ser permisible que en las campañas electorales se agendara el tema del SIDA debido a que es una población sensible y crearle falsas esperanzas —a las personas contagiadas por este síndrome y a sus familiares— que no serán cumplidas por los gobiernos como ha venido sucediendo desde los planes nacionales de desarrollo, generaría votos sin bases reales.

IV. PESO ECONÓMICO PARA EL SISTEMA DE SALUD

A continuación se muestra una sinopsis de la sesión del 15 de octubre de 2014 del juicio de amparo en revisión 378/2014 SCJN, que ampara a pacientes que viven con VIH/SIDA para que gocen del derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales.

1. *Antecedentes*

El 20 de diciembre de 2012, tres pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”, demandaron el amparo y la protección de la justicia federal en contra de varias autoridades responsables, reclamando, esencialmente, la omisión de ejecutar el proyecto denominado: “Construcción y Equipamiento del Servicio Clínico para Pacientes con VIH/Sida y Co-infección por Enfermedades de Transmisión Aérea”, también conocido como “Pabellón 13”, así como la omisión de autorizar la transferencia de los recursos suficientes para tal fin.

Los quejosos manifestaron, sustancialmente, que los actos reclamados impedían el acceso al goce del más alto nivel posible de salud; que las autoridades responsables violaban el derecho a la salud, porque no habían destinado el máximo de los recursos

que disponen para la ejecución del citado proyecto, con lo que se violaba también el derecho a la vida, porque los enfermos de VIH/SIDA se encuentran expuestos a contagios y co-infecciones de diversas enfermedades.

También señalaron que se les discriminaba por cuestiones socioeconómicas, debido a que carecen de posibilidades para acudir con médicos privados que les puedan brindar el servicio especializado, lo que evidencia que el Estado no ha adoptado medidas para prevenir, reducir y eliminar las condiciones y actitudes que generan la discriminación en la práctica.

Ante la sentencia del juez tercero de distrito en materia administrativa en el Distrito Federal, el cual sobreeseyó y determinó no amparar a los quejosos, éstos se inconformaron y tramitaron la revisión.

El 11 de marzo de 2014, el presidente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación admitió a trámite la solicitud de ejercicio de la facultad de atracción, y después determinó que se registrara con el número de expediente 378/2014, asimismo, ordenó se turnara el asunto al ministro Alberto Pérez Dayán y se envió a la Segunda Sala a efecto de que su presidente dictara el auto de radicación respectivo, lo que sucedió el 10 de junio del 2014.

2. Resolución

El 15 de octubre de 2014, la Segunda Sala de la SCJN discutió y resolvió el amparo en revisión en comento, en el que se analizó el tema concerniente a si la actual situación de riesgo es suficiente para considerar que la no existencia del “Pabellón 13” es violatoria del derecho a la vida de los quejosos y si resultan adecuadas las condiciones en que se les ha dado dicho tratamiento, conforme a los estándares previstos en el derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, pues cada momento que pasa sin la existencia de dicha clínica, supone un peligro para la vida de los pacientes que

viven con VIH/SIDA y que son atendidos dentro de la clínica 4 del instituto responsable.

En el proyecto se hizo un análisis de los principios generales sobre el derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, que tutela el artículo 4o. constitucional, del que se desprende la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud encaminados a la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica.

Asimismo, se concretó el estudio al contenido y alcance jurídico del derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, que consagra el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En tal artículo, se impone al Estado mexicano, por una parte, una obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho al nivel más alto a la salud y, por otra, su cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio hasta el máximo de los recursos que disponga.

De igual forma, se analizó el argumento de que si el Estado mexicano aduce que la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento de las obligaciones que ha contraído en virtud del pacto, tendrá que justificar no sólo ese hecho, sino que ha realizado todo lo posible por utilizar al máximo los recursos de que dispone para satisfacer el derecho a la salud.

De ahí que no basta la simple afirmación de limitación presupuestaria por parte del Estado mexicano para que se tenga por demostrado que ha adoptado todas las medidas hasta el máximo de los recursos que disponga para lograr la plena realización del derecho humano del nivel más alto posible a la salud.

De tal manera, se precisó que se configurará una violación directa del Estado mexicano a las obligaciones del pacto, cuando, entre otras cuestiones, no adopte todas “las medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”, dentro de las que se encuentra el establecimiento de bienes y servicios públicos de ca-

lidad, así como dar especial cuidado a los grupos vulnerables o marginados.

En el proyecto se concluyó que las autoridades responsables no han demostrado que han realizado todos los esfuerzos posibles para utilizar los recursos que están a su disposición para lograr la plena efectividad del derecho humano al nivel más alto de la salud de los quejosos, ya que se limitaron a afirmar la falta de disponibilidad presupuestaria para llevar a cabo las medidas tendentes a lograr ese objetivo, empero, fueron omisas en aportar en juicio el material probatorio en que se sustentara tal aserto.

En ese tenor, se determinó que se encontraba acreditada la transgresión a las obligaciones previstas en los artículos 4o. constitucional, 2 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y, por ende, lo procedente era revocar la sentencia recurrida y otorgar el amparo y protección de la justicia federal a los quejosos.

3. Efectos del amparo

En virtud de lo anterior, la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó que el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”, en coordinación con el Comisionado Nacional de Protección en Salud y Comité Técnico del Fideicomiso en Protección Social en Salud, deberían tomar todas las medidas necesarias para salvaguardar el derecho humano al nivel más alto posible de salud de los quejosos, considerando que son portadores del VIH, motivo por el cual deben recibir tratamiento médico en instalaciones separadas del resto de los pacientes, a efecto de evitar el contagio de alguna enfermedad.

Así, el cumplimiento de la sentencia de amparo implica la posibilidad de que las autoridades responsables consideren qué medida resulta más adecuada para poder brindar a los quejosos un tratamiento médico apropiado a su padecimiento, ya sea mediante remodelación del Servicio Clínico 4, en donde actualmente

son tratados; o bien, mediante la construcción de un nuevo pabellón hospitalario.

En caso de que se acredite que ninguna de las opciones antes mencionadas resulte compatible con las políticas públicas en materia de salud implementadas por las autoridades responsables, deberán realizar las gestiones que estimen pertinentes para que los quejosos, a satisfacción razonable —calificada por el juzgador—, sean atendidos en algún otro hospital o las clínicas del sector salud en el que puedan recibir su tratamiento en las condiciones adecuadas e idóneas a su enfermedad, a efecto de garantizarles el ya referido derecho a obtener el nivel más alto posible de salud.

En esta tesitura, y con una mayoría de tres votos, los ministros de la Segunda Sala resolvieron a favor del sentido del proyecto.

4. *Puntos resolutivos*

- PRIMERO. En la materia de la revisión competencia de la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se revoca la sentencia recurrida.
- SEGUNDO. La justicia de la Unión ampara y protege, en contra de las autoridades y actos precisados en el primero de los considerandos del presente fallo.
- TERCERO. Resultan infundados los recursos de revisión adhesiva a que el expediente refiere.
- NOTIFÍQUESE, con testimonio de la presente resolución, remítanse los autos del juicio de amparo al Juez Tercero de Distrito en Materia Administrativa en el Distrito Federal y, en su oportunidad, archívese el presente expediente como asunto concluido.

5. *Votos*

- Ministro ponente: PÉREZ
- Ministros que votaron a favor: FRANCO, AGUILAR y PÉREZ.

- Ministra que votó en contra: LUNA.
- Ministro ausente: VALLS.

La anterior sinopsis insertada no es de congratularse en cuanto al amparo concedido, sino de replantearse los derechos humanos que son violados día con día en materia de salud. Para éste y otros casos con esta temática, la nación no debería permitirse llegar hasta la última instancia —la Suprema Corte de Justicia— para hacer valer plenamente las normas que permitan alcanzar el más alto nivel de salud.

CAPÍTULO SEXTO

TRASGRESIÓN DE NORMAS MEXICANAS ANTE EL SIDA

I. INSUFICIENTE DIFUSIÓN DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PACIENTES CON SIDA

Una persona seropositiva del VIH es, ante todo, un ser humano. El mero hecho de ser considerado humano supone algo tan simple como que la persona es titular de unos derechos básicos que en algunos casos se deben entender incluidos en el catálogo de los derechos fundamentales de la persona y, en otras situaciones, deben entenderse incluidos en el listado de sus derechos subjetivos. De ambas situaciones se deriva una consecuencia evidente: la persona seropositiva podrá reclamar el respeto de estos derechos, en aquellas situaciones en que considere que no le son respetados debidamente. Todo ello supone que los derechos de una persona seropositiva pueden ser vistos desde dos puntos de vista distintos: el primero, el de la persona misma, que podrá reclamar el respeto por sus derechos y exigir el cumplimiento de las medidas necesarias para tal fin.

El segundo, el punto de vista de quienes deben poner en práctica el cumplimiento de estos derechos y que se manifestará en aquellas ocasiones en que, al dejar de respetar el contenido de los mismos, se deriven las correspondientes responsabilidades, tanto personales (respecto de cada una de las personas que incumplen el respeto por los derechos individuales), como institucionales (en cuanto a las responsabilidades que podrían en su caso derivarse

con respecto a aquellas entidades públicas y/o privadas en que los derechos del seropositivo no sean respetados).⁷¹

Aunque existen diversos catálogos de derechos y obligaciones, éstos no son conocidos y menos comprendidos del todo por las personas seropositivas. No se han difundido de manera en que todas puedan tener acceso a este tipo de información ya sea por medio de publicaciones escritas o electrónicas.

II. LIMITACIONES DEL ESTADO EN LA PROCURACIÓN PREVENTIVA DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA

1. *Las bases de datos que generan información en materia de salud en la era de la información*

El uso de bases de datos recolectados individualmente, sobre datos personales de salud, por computadoras se ha convertido en una realidad.

Existen beneficios potenciales al utilizar bases de datos como son los datos financieros, para organización y mejoras de calidad e investigación.

La protección de los expedientes médicos individuales debe ser sistemática y *tecnológicamente confidencial* y utilizados bajo estrictas medidas de seguridad.

Datos relevantes y análisis de clínicas y hospitales deben ser dispuestos al público en general.

Investigadores *bona fide* deben tener acceso a los expedientes de personas con el fin de proveer a la sociedad de estudios de salud y cuidados de la salud.

Observaciones, conclusiones y recomendaciones detalladas en un reporte.

El propósito de una red tecnológica de información es mejorar la salud de la sociedad y la salud individual del paciente.

La obtención de mejores datos tiene distintos propósitos para mejorar el sistema de salud, como lo son:

⁷¹ Rosa, Ricardo de la, *Guía sobre los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA*, Gais Positius, Ayuntamiento de Barcelona, p. 5.

- a) Identificar necesidades de salud en las distintas regiones.
- b) Tener conocimiento de las enfermedades y los patrones por los cuales se manifiestan.
- c) Documentar en formatos cuando los servicios sean inapropiados, desperdiciados o potencialmente peligrosos.
- d) Identificar los costos en relación con su efectividad.
- e) Proveer de información para mejorar la calidad de servicios en hospitales, clínicas y otros centros de salud.

Se debe mantener una base de datos comprensiva con información de fácil acceso y confiable.

Existen obstáculos considerables en el camino para lograr esta meta.

- a) Contenido y la estructura actual de las bases de datos.
- b) Costos de crear y mantener la base de datos.
- c) La falta de conexión entre una base de datos y otra.
- d) Identificar las características de los pacientes como son los factores sociodemográficos, el estado de salud.
- e) Hacer accesible el sistema de salud no solamente a aquellos que pueden tener acceso sino también al público en general.
- f) Tener información en dos ámbitos, tanto en los resultados así como en el proceso de cuidados del paciente.

Todo lo anterior es un gran reto para las personas que desarrollan un sistema de base de datos.

Especialistas en la materia identifican que la habilidad de tener acceso con facilidad a datos que difícilmente están disponibles, demostraría que un sistema de base de datos es eficiente.

El hecho que una base de datos no sea eficiente o que siendo eficiente pero que quien se encarga de informar su fuente no lo haga correctamente, tiene serias consecuencias. Los efectos de esto provocaría daños en los pacientes y todo el sistema de salud se vería afectado.

Hay que responsabilizar a alguien.

Las características mínimas que una base de datos debe contener son los siguientes:

- Debe ser operada por una misma autoridad.

- Adquirir y mantener información de una gran variedad de fuentes y darle a la base de datos un uso múltiple.
- Tener archivos de cada persona y que sean identificables.
- Los expedientes deben contener datos que identifiquen a la persona o viceversa.
- Que contenga expedientes demográficos.
- Tener datos comprensivos con elementos que incluyan elementos administrativos, clínicos, estado de salud e información satisfactorias.
- Que pueda manipular los datos electrónicamente.
- Un soporte médico que pueda tener acceso en un tiempo corto o de la manera más pronta.

2. Calidad de la información en las bases de datos

Los requisitos básicos en la implementación de una base de datos es que contenga información fiable y real o válida; los creadores de las bases de datos deben asegurarse que la información contenida en su sistema sea de gran calidad en cuanto a compilación del código y la efectividad que tenga para su estudio, esto se logra creando una base de datos que contenga información con datos relevantes e interpretables, donde se puedan eliminar problemas como:

- La falta de información.
- Información fuera del rango normal.
- Valores cuantitativos (edad).
- La efectiva limpieza de datos erróneos (sexo equivocado).

Como lo dice McNeil, cuando describe las limitaciones de los actuales sistemas de bases de datos y los perfiles de calidad y cuidado, ya que se comete el terrible error de meter a la base de datos todo cuanto es posible, sin tomar en cuenta lo fiable de la fuente

de información, e incluso a veces incompleta. Esto por supuesto provoca que no sean usadas las bases de datos por su falta de confiabilidad y, peor aún, que se usen aun con este error.

Parte de este problema es por la inexperiencia en la interpretación de los datos, por otra parte, en el momento de la recolección de información, las formas son rellenas sólo por requisito, por no saber qué poner en ellas y de esta manera quedan convertidas en datos obsoletos o falsos.

Se debe de tener mucho cuidado al crear un proyecto de esta magnitud, ya que hablando en términos de medicina, debe de tomarse aún más en serio el crear un sistema que soporte no sólo la gran cantidad de información que será introducida, sino que incluso requerirá de mucho más espacio para las constantes actualizaciones y que también soporte las reformas que se hagan en cuanto al cuidado de la salud se refiere, y como se menciona anteriormente, la facilidad de interpretar los datos de las mismas para estudios posteriores.⁷²

3. *Contradicción al derecho establecido en el artículo 6o. constitucional en materia de salud con relación al SIDA*

Es importante reconocer cómo la Suprema Corte de Justicia, sin que existiera ninguna ley reglamentaria al derecho a la información consagrado en el artículo 6o. constitucional, emitió criterios muy importantes que se iban acumulando, expandiendo, adaptándose a la vida; tanto es así, que ha hecho funcionar al derecho a la información interpretando con generosidad el precepto, llegando más allá de lo que el poder reformador había pensado.

De manera general, puede sostenerse que las “normas de derecho fundamental son aquellas expresadas a través de disposiciones iusfundamentales entendiéndose por éstas a enunciados contenidos en el texto de la ley fundamental. Sin embargo, debe hacerse notar que esta respuesta presenta dos problemas.

⁷² Institute of Medicine, *Health Data in the Information Age, Use, Disclosure and Privacy*, EUA, National Academy of Sciences, 1994, pp. 85-89.

El primero, señala que no todos los enunciados de ley fundamental expresan normas de derecho fundamental. El segundo puede formularse con la pregunta de si a las normas de derecho fundamental realmente pertenecen o sólo son aquellas que están contenidas en la norma suprema.

Las normas de derecho fundamental expresadas directamente por el texto constitucional son frecuentemente abiertas, tanto semántica como estructuralmente. Son abiertas semánticamente debido a la imprecisión de las expresiones que contienen,

Y estructuralmente porque del mandato no se infiere si una situación ha de ser creada por situaciones del Estado o consiste en omisiones del mismo, y si la existencia o realización de esta situación presupone o no derechos subjetivos.

Finalmente la Suprema Corte de Justicia y el legislador han reconocido que el titular del derecho a la información es el ciudadano.

☞ GARANTÍAS INDIVIDUALES (DERECHO A LA INFORMACIÓN).
Violación grave prevista en el segundo párrafo del artículo 97 constitucional. La configura el intento de lograr la impunidad de las autoridades que actúan dentro de una cultura del engaño, de la maquinación y del ocultamiento, por infringir el artículo 6o. también constitucional.⁷³

El artículo 6o. constitucional, *in fine*, establece que el derecho a la información será garantizado por el Estado. Del análisis de los diversos elementos que concurrieron en su creación se deduce que este derecho se encuentra estrechamente vinculado con el respeto a la veracidad de los hechos y difusión de la información.

Tal derecho es, por tanto, básico para el mejoramiento de una conciencia ciudadana que contribuirá a que ésta sea más enterada, la cual es esencial para el progreso de nuestra sociedad.

Si las autoridades públicas, elegidas o designadas para servir y defender a la sociedad, asumen ante éstas actitudes que permitan

⁷³ *Semanario Judicial de la Federación*, Pleno, núm. LXXXIX/96, junio de 1996, t. III, p. 513.

atribuirles conductas faltas de ética, al entregar a la comunidad una información manipulada, incompleta, condicionada a intereses de grupos o personas, que niegue la posibilidad de conocer la verdad para poder participar libremente en la formación de la voluntad general, incurren en violación grave a las garantías individuales en términos del artículo 97 constitucional, segundo párrafo, pues su proceder lleva a considerar que existe en ellas la propensión de incorporar a nuestra vida política, lo que podríamos llamar la cultura del engaño, de la maquinación y de la ocultación, en lugar de enfrentar la verdad y tomar acciones rápidas y eficaces para llegar a ésta y hacerla del conocimiento de los gobernados.

Una información manipulada a través de los medios de comunicación, atenta también contra el derecho de las audiencias.

En términos similares, se pone de manifiesto una violación grave a las garantías individuales sobre derecho a la información, pues encontramos que el artículo 6o. constitucional, *in fine*, establece que el derecho a la información será garantizado por el Estado, quien es el sujeto obligado a publicitar la información.

Del análisis de los diversos elementos que concurrieron en su creación se deduce que esa garantía se encuentra estrechamente vinculada con la verdad.

Como puede observarse, de las varias interpretaciones del artículo 6o. constitucional, se encuentra ésta, de la cual se deriva que es a todas luces una obligación que tiene el Estado para informar al pueblo en general, sobre la verdad de lo que acontece; no paliar esas verdades y no llegar al engaño.

Este caso es una hipótesis en que se concreta la garantía del derecho a la información, en donde tenemos dos sujetos. Uno, el Estado que está obligado a proporcionar información y, el segundo, el pueblo en general que tiene derecho a recibir información apegada a la verdad.

El que la información no sea garantizada por el Estado no es algo que esté a discusión, ni se trata de una prebenda que pueden otorgar o negar las autoridades: es un derecho que está inscrito en la carta fundamental. Negarlo significa nada menos que atentar contra la Constitución. La posposición de su regulación legis-

lativa extiende una contravención constitucional patente a cada minuto, cada hora, cada día en que ese derecho no deja de ser más que simple papel. Los legisladores deben saberlo y asumir la responsabilidad que tienen de cuestionarse la eficacia de mecanismos legales como la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información y el Instituto Nacional de Acceso a la Información, necesarios para hacer del derecho a la información una prerrogativa práctica.

Es absurdo que día a día haya un incremento en el número de mujeres infectadas con VIH, y que a la autoridad le sea muy fácil manifestar su falta de conocimiento de las cifras de los pacientes infectados por VIH.

Considerando que la infección VIH sigue en aumento, existe censura y manipulación en torno al manejo de la sexualidad por parte del gobierno federal, los sistemas de salud son ineficientes, la política informática de nuestro país está en pañales, el sector epidemiológico registra fallas, el Instituto Nacional de Geografía y Estadística no es del todo confiable; por lo tanto, no es posible tener certeza de que la información que genera la administración pública en materia de salud para el control y prevención del VIH sea veraz.

El artículo 6o. constitucional, reiteramos, establece que el derecho a la información será garantizado por el Estado. Del análisis de los diversos elementos que concurrieron en su creación se deduce que esa garantía se encuentra estrechamente vinculada con la verdad. Tal derecho es básico para el mejoramiento de una conciencia ciudadana que contribuirá a que ésta sea más enterada, lo cual es esencial para el progreso de nuestra sociedad y la prevención y concientización de los gobernados.

Actualmente la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública es el instrumento legal que nos permite ejercitar el derecho a la información en materia de VIH/SIDA de la mujer; si el engranaje del sistema de salud funciona en óptimas condiciones podrá arrojar mejores resultados.

La Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, señala en el capítulo II:

☞ Obligaciones de transparencia

Artículo 7. Con excepción de la información reservada o confidencial prevista en esta Ley, los sujetos obligados deberán poner a disposición del público y actualizar, en los términos del Reglamento y los lineamientos que expida el Instituto o la instancia equivalente a que se refiere el artículo 61, entre otra, la información siguiente:

XVII. Cualquier otra información que sea de utilidad o se considere relevante, además de la que con base a la información estadística, responda a las preguntas hechas con más frecuencia por el público.

La información a que se refiere este artículo deberá publicarse de tal forma que facilite su uso y comprensión por las personas, y que permita asegurar su calidad, veracidad, oportunidad y confiabilidad.

Las dependencias y entidades deberán atender las recomendaciones que al respecto expida el Instituto.

Artículo 9. La información a que se refiere el artículo 7 deberá estar a disposición del público, a través de medios remotos o locales de comunicación electrónica. Los sujetos obligados deberán tener a disposición de las personas interesadas equipo de cómputo, a fin de que éstas puedan obtener la información, de manera directa o mediante impresiones. Asimismo, éstos deberán proporcionar apoyo a los usuarios que lo requieran y proveer todo tipo de asistencia respecto de los trámites y servicios que presten.

Las dependencias y entidades deberán preparar la automatización, presentación y contenido de su información, como también su integración en línea, en los términos que disponga el Reglamento y los lineamientos que al respecto expida el Instituto.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud.

Objetivo: Esta norma tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud.

Para cumplir con lo anterior, esta norma adicionalmente regula el Centro de Inteligencia en Salud, constituido por un conjunto de procesos específicos para integrar, usar y explotar la información en materia de salud, a través de una solución tecnológica que

presenta indicadores, así como estadísticas relevantes y prioritarias para la toma de decisiones en políticas públicas en la materia y de igual forma consolida los diversos componentes que integran el Sistema Nacional de Información en Salud y de aquellos que integran el Sistema Nacional de Salud.

4. El acceso a la información y la obligación de producción de estadísticas confiables

La obligación de producción de información ha sido materia de diversos pronunciamientos y recomendaciones específicas a nivel internacional. La información sobre la salud de las personas, sea a través de estadísticas o de otro medio, es esencial para la identificación de los problemas principales, la formulación de políticas públicas y la asignación de los recursos necesarios. La CIDH ha señalado que los Estados tienen la obligación de producir o captar la información necesaria para el cumplimiento de sus deberes, según lo establecido por normas internacionales, constitucionales o legales. Esta obligación se hace extensiva al ámbito de la salud. En efecto, en su informe regional sobre la situación de las mujeres en las Américas de 1998, la CIDH constató profundas falencias de datos estadísticos, en general, por falta de recursos e infraestructura apropiada.⁷⁴

La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Condición de la Mujer en las Américas son disposiciones que nos señalan cómo se debe cumplir con el derecho a la información pero en la actualidad desafortunadamente esto todavía no es una realidad.

⁷⁴ CIDH, Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Condición de la Mujer en las Américas, 13 de octubre de 1998, citado por Comisión Interamericana de Derechos Humanos OEA/Ser.L/V/II, Doc. 61, 22 de noviembre de 2011. Aportación de Ilayalí Labrada Gutiérrez sobre el derecho de acceso a la información.

III. OMISIÓN DEL PODER LEGISLATIVO MEXICANO EN LA CREACIÓN DE NORMAS RELATIVAS AL DERECHO AL PLACER DE LA SALUD SEXUAL DE LA MUJER COMO UN DERECHO HUMANO DE LA MUJER MEXICANA

1. *Reconocimiento del placer sexual en el marco internacional*

A. *Visión del placer sexual como derecho sexual en los ordenamientos jurídicos internacionales*

El hecho de que los aspectos positivos, enriquecedores y placenteros sean esenciales para la salud sexual fue reconocido en las definiciones originales aceptadas internacionalmente de la salud sexual, enunciadas por la Organización Mundial de la Salud:⁷⁵

☞ La salud sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores que realcen la personalidad y la comunicación.

De igual manera, se estipuló que: “Son fundamentales para este concepto el derecho a la información sexual y el derecho al placer sexual”. Se consideró que el placer es un derecho humano fundamental. El documento de la OMS concluyó:

☞ Por ende, la noción de que salud sexual supone un enfoque positivo de la sexualidad humana, y los propósitos de la atención médica sobre sexualidad deberán ser el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual.

⁷⁵ “Education and Treatment in Human Sexuality”, WHO http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/, última consulta 3 de febrero de 2016.

La relación entre la salud sexual y la salud en general, así como la importancia del placer se han enunciado claramente en la definición de salud sexual del director general de Sanidad de los Estados Unidos en 2001:

☞ La salud sexual está inextricablemente unida a la salud tanto física como mental.

Así como los problemas de salud física y mental pueden contribuir a la disfunción sexual y a las enfermedades, esas disfunciones y enfermedades pueden contribuir por su parte a causar problemas de salud tanto físicos como mentales. La salud sexual no se limita a la ausencia de enfermedades o disfunciones y no se limita exclusivamente a los años fecundos. También incluye la capacidad de comprender y sopesar los riesgos, las responsabilidades, los resultados y las repercusiones de las acciones sexuales y practicar la abstinencia cuando sea apropiado. Incluye la ausencia del abuso y la discriminación sexual, y la capacidad de integrar la propia sexualidad en su vida, derivar placer de ella.⁷⁶

Por otro lado y para actualizar la definición de salud sexual de 1975, la Organización Mundial de la Salud 2002-2006 OMS ha reafirmado en sus recientes definiciones prácticas estos principios básicos agregando claramente la noción del placer.

☞ La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es la mera ausencia de enfermedades, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y de violencia.

Para lograr y mantener la salud sexual deben respetarse, protegerse y cumplirse los derechos sexuales de todas las personas.

⁷⁶ Director general de Sanidad de los Estados Unidos, 2001.

Esta definición desafía claramente a las políticas de gobierno y a los enfoques de salud pública no sólo para evitar los problemas de las enfermedades reproductivas o los inherentes a la reproducción saludable, sino que también está dirigida a promover el placer como un componente esencial del bienestar.⁷⁷ La importancia de reconocer e integrar las consideraciones de la función del placer en la sexualidad humana no se aplica sencillamente a lo que algunos quizá consideren los aspectos de la promoción de la salud sexual como el tratamiento de la disfunción sexual, ya que se aplica en igual medida a programas destinados a la prevención de las infecciones de transmisión sexual y del VIH, a la ayuda a las víctimas de violencia/abuso sexual, a la educación de la sexualidad para los jóvenes, así como al control de la fecundidad, etcétera. A menudo se pasa por alto que el placer sexual es un componente fundamental de la salud sexual, de la salud y del bienestar en general. Mientras los programas de promoción de salud sexual abarquen mejor la totalidad de la sexualidad humana, eduquen, aconsejen y ayuden a las personas de manera que reconozcan e incorporen el placer, probablemente podrán satisfacer mejor las necesidades de las personas, corresponderán más a la realidad de la experiencia humana, podrán alcanzar en última instancia sus objetivos y, por consiguiente, tendrán una mayor repercusión en los Objetivos del Desarrollo del Milenio.⁷⁸

B. *Derecho al placer sexual en su contexto histórico-jurídico internacional*

Durante gran parte de la historia humana, la pasión y el deseo sexual se han percibido como peligrosos, como una amenaza para

⁷⁷ Coleman, E., "Masturbation as a Means of Achieving Sexual Health", en Bockting, W. O. y Coleman, E. (eds.), *Masturbation as a Means of Achieving Sexual Health*, Nueva York, Haworth, 2002, pp. 5-24. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

⁷⁸ WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

el orden social, político y religioso.⁷⁹ En la actualidad, la religión y la medicina han influido enormemente en las normas sociales de la salud y del comportamiento sexual;⁸⁰ en varios aspectos pertinentes, dichas instituciones han heredado y continuado la tradición de ver el deseo sexual y por extensión el placer con ciertos temores.

No es posible hacer conjeturas precisas acerca de hasta qué grado las principales religiones han mantenido posiciones negativas o positivas con respecto al sexo, al placer y a la sexualidad. Sin embargo, puede decirse que, en diversos periodos históricos, muchas religiones, incluidos el cristianismo y el islamismo, se han centrado en los aspectos reproductivos y funcionales de la sexualidad. En consecuencia, las religiones han establecido controles estrictos del comportamiento sexual; en especial fuera del matrimonio, entre un hombre y una mujer, de comportamientos que no conducen a la reproducción (como por ejemplo, la masturbación) y han menospreciado el placer sexual, en particular el de las mujeres y el de los hombres y mujeres homosexuales.⁸¹ Numerosos expertos han reseñado el menosprecio por el placer sexual de las instituciones y de los teólogos cristianos a lo largo de la historia de la Iglesia.⁸²

⁷⁹ Para mayor documentación y un extenso análisis de las perspectivas religiosas con respecto a la sexualidad a lo largo de la historia, véase Hatfield, E. y Rapson, R. L., "Historical and Cross-Cultural Perspectives on Passionate Love and Sexual Desire", *Annual Review of Sex Research*, núm. 4, 1993, pp. 67-97. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

⁸⁰ Hart, G. y Wellings, K., "Sexual Behaviour and its Medicalisation: in Sickness and in Health", *British Medical Journal*, núm. 324, 2002, pp. 896-900. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

⁸¹ Hawkes, G., "Pleasure and Desire in the Age of Modernity", en Hawkes, G., *Sex and Pleasure in Western Culture*, Londres, Polity, 2004. También Bullough, V. L., *Sexual Variance in Society and History*, Chicago, University of Chicago Press, 1980. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

⁸² Pagels, E. Adam, *Eve and the Serpent*, Nueva York, Vintage Books, 1988. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

La masturbación ha sido particularmente un tema controvertido ya que su principal finalidad es la de producir placer.⁸³ Las investigaciones sobre la masturbación indican, contrariamente a las creencias tradicionales, que la masturbación es el resultado de un comportamiento sexual común y que está vinculado a indicadores de salud sexual. Aunque no existe ningún indicador común de mala salud asociado a la masturbación, ésta puede generar emociones positivas.⁸⁴

De hecho, las investigaciones establecen que la masturbación comienza a temprana edad, que constituye un elemento importante para un desarrollo sexual saludable⁸⁵ y que es considerada a menudo como un indicador de desarrollo sexual.⁸⁶ Muchos jóvenes aprenden a conocer su cuerpo y su capacidad de respuesta sexual mediante la masturbación.⁸⁷ La masturbación se perpetúa a lo largo de la vida. Por ejemplo, muchos adultos siguen masturbándose aunque estén casados y tengan acceso inmediato a las relaciones sexuales.⁸⁸ La masturbación también puede ayudar a

⁸³ Coleman, E., “Masturbation as a Means of Achieving Sexual Health”, en Bockting, W. O. y Coleman, E. (eds.), *Masturbation as a Means of Achieving Sexual Health*, cit., pp. 5-24. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

⁸⁴ *Idem*.

⁸⁵ Langfeldt, T. “Childhood Masturbation”, en Constantine, L. L. y Martinson, F. M. (eds.), *Children and Sex*, Boston, Little Brown, 1981, pp. 63-74. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

⁸⁶ Bancroft, J. *et al.*, “Masturbation as a Marker of Sexual Development”, en Bancroft, J. (ed.), *Sexual Development*, Bloomington, Indiana University Press, 2002. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

⁸⁷ Atwood, J. D. y Gagnon, J., “Mastubatory Behavior in College Youth”, *Journal of Sex Education and Therapy*, núm. 13, 1992, pp. 35-42. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

⁸⁸ Laumann, E. O. *et al.*, *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*, Chicago, University of Chicago Press, 1994. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

las personas mayores que no tengan una pareja disponible a mantener el funcionamiento y la expresión sexual.⁸⁹

La masturbación es igualmente una alternativa segura en los comportamientos que conllevan un riesgo de infección de transmisión sexual, incluido el VIH. Los beneficios de la masturbación se demuestran por su amplia aceptación en las terapias sexuales como herramienta para mejorar la salud sexual del individuo y de la pareja.⁹⁰ El abordaje de la masturbación dentro de los programas de promoción de la salud sexual puede ser polémico; sin embargo, la evidencia disponible indica que la inclusión de la masturbación como un tema dentro de la promoción integral de la salud sexual es importante y necesaria. Se requiere más investigación, incluida la elaboración de teorías y de pruebas de hipótesis sobre la repercusión de la masturbación en la satisfacción de la autoestima, de la imagen corporal, del funcionamiento y de la satisfacción sexual, así como de la incorporación real de la educación acerca de la masturbación dentro de los programas de promoción de la salud sexual.

Cabe señalar que están surgiendo perspectivas positivas y progresistas con respecto al placer y la sexualidad de ciertos grupos de diversas religiones. No obstante, también debe reconocerse que en muchas partes del mundo y para muchas instituciones religiosas, el legado de una interpretación en gran parte negativa del placer sexual, en particular si se experimenta en un contexto contrario a las normas religiosas específicas de conducta sexual, está todavía muy presente hoy en día y sigue obstaculizando el

⁸⁹ Leiblum, S. y Backmann, G., "The Sexuality of the Climacteric Woman", en Eskin, B. (ed.), *The Menopause: Comprehensive Management*, Nueva York, Yearbook Medical Publications, 1998. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

⁹⁰ Heiman, J. y LoPiccolo, J., *Becoming Orgasmic: A Sexual and Personal Growth Program for Women*, Englewood Cliff, Prentice Hall, 1998; asimismo, Leiblum, S. y Rosen, R. C., *Principles and Practices of Sex Therapy*, 2a. ed., Nueva York, Guilford, 1989; también Zilbergeld, B., *The New Male Sexuality*, Nueva York, Bantam Books, 1989. Los tres citados por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

reconocimiento del placer en los esfuerzos de promoción de salud sexual.⁹¹

C. *Iniciativas internacionales para promover la salud sexual*

Con respecto a las iniciativas internacionales para promover la salud sexual, la alianza de los Estados Unidos, el Vaticano y de Estados católicos y musulmanes conservadores para oponerse al reconocimiento de ciertos derechos sexuales, incluidos los relacionados con el placer, ponen de manifiesto la constante influencia de las fuerzas religiosas conservadoras en el diseño de las políticas relacionadas con la salud sexual.⁹²

Desde la segunda mitad del siglo XIX, la medicina y la farmacéutica, principalmente las del mundo occidental, han ejercido una gran influencia en la sexualidad.

Y vemos aquí, una vez más, cómo se ha considerado el placer sexual como una patología. Tal y como lo sugiere⁹³ “La vieja tradición de representar a la enfermedad como un castigo por algún pecado cometido se perpetuó cuando el comportamiento sexual se convirtió en una cuestión de medicina y fue transformado en enfermedad”. Por ejemplo, la masturbación, el deseo homosexual o un interés sexual evidente han sido vistos por la medicina, hasta fechas muy recientes, como sintomáticos de una enfermedad psiquiátrica y de perversión y con mayor fuerza si son expresados por mujeres.

A pesar de que la medicina contemporánea y algunas instituciones religiosas han avanzado al reconocer los aspectos positivos y beneficiosos de la expresión sexual, aún persisten muchos resi-

⁹¹ WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

⁹² Ilkcaracan, P., “Sexuality as a Contested Domain in Muslim Societies”, *Sexuality in Africa Magazine*, núm. 2 (2), 2005, pp. 3-5. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

⁹³ Hart, G. y Wellings, K., “Sexual Behaviour and its Medicalisation: in Sickness and in Health”, *British Medical Journal*, núm. 324, 2005, pp. 896-900. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

duos que tienden a considerar negativamente la expresión sexual. El discurso público de hoy sobre la sexualidad hace referencia casi exclusivamente a los riesgos y peligros: “abuso, adicción, disfunción, infección, pedofilia, embarazo de adolescentes y lucha de minorías sexuales por sus derechos civiles”.⁹⁴

El deseo sexual y el placer están interrelacionados y constituyen un aspecto fundamental de la atracción mutua de la pareja. Se ha demostrado que la participación mutua en el placer sexual aumenta el vínculo dentro de las relaciones.⁹⁵

A un nivel más básico, el placer sexual está arraigado como una de las funciones más básicas del ser humano, tal y como lo ha reconocido la psicología evolutiva. Tener sexo y orgasmos según un amplio estudio británico ha comprobado beneficios como menor riesgo de ataques cardíacos, control de peso, menos depresiones, protección frente al cáncer, prevención de fobia social, alivio para el dolor, potenciar las defensas, terapia de rejuvenecimiento y muchos otros beneficios.⁹⁶

En el contexto del comportamiento adaptativo y de su necesidad de evolución, parecería que el placer generado por el estímulo sexual, el orgasmo o el acto sexual propiamente dicho sería el producto de la selección evolutiva. En consecuencia, el placer puede ser visto como un mecanismo adaptativo importante y eficaz, cuya función es la de garantizar la procreación y la supervivencia de la especie.⁹⁷

Un informe publicado por la Federación de Planificación Familiar de América⁹⁸ en cooperación con la Sociedad para el Es-

⁹⁴ *The Health Benefits of Sexual Expression. A White Paper*, Nueva York, Katherine Dexter McCormick Library-The Society for the Scientific Study of Sexuality, Planned Parenthood Federation of America, 2003, p.1.

⁹⁵ Weeks, D. J., “Sex for the Mature Adult: Health, Self-Esteem and Countering Ageist Stereotypes”, *Sexual and Relationship Therapy*, núm. 17, 2002, pp. 231-240. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

⁹⁶ “Consejos y noticias para la mujer de hoy”, <http://mujeraldia.com>

⁹⁷ Esch, T. y Stefano, G. B., “The Neurobiology of Love”, *Neuroendocrinology Letters*, núm. 26, 2005, pp. 175-192. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Dexter, Katherine, Washington, 2009.

⁹⁸ *The Health Benefits...*, cit.

tudio Científico de la Sexualidad, expone ampliamente las pruebas científicas que demuestran los beneficios para la salud de la expresión sexual. Analizados conjuntamente, los estudios citados demuestran que la actividad sexual y la masturbación pueden asociarse a mayor longevidad, mejor inmunidad, mejor manejo del dolor, aumento de la autoestima y reducción del estrés.⁹⁹

D. *Lucha actual para incorporar los derechos sexuales positivos (placer sexual, satisfacción sexual, autoerotismo)*

La lucha actual para incorporar los derechos sexuales positivos en los programas de promoción de salud sexual (que se expondrá más adelante en un punto de este documento) con relación a la salud sexual que la 4a. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas fue, en algunos sentidos, un gran logro, ya que el párrafo 96 del documento define a la salud sexual de una manera positiva, reconociendo que la salud sexual influye en “el perfeccionamiento de la vida y de las relaciones personales” y que “las personas deben tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos”. Esto puede percibirse como afirmaciones positivas del placer. Según Parker¹⁰⁰ debe hacerse una distinción clave al elaborar el concepto de los derechos sexuales con el fin de guiar la promoción sexual, se trata de la distinción entre derechos negativos (como librarse de la violencia sexual y del abuso) y derechos sexuales positivos. “Conceptualmente, los derechos sexuales positivos se han descrito como las condiciones propicias necesarias para la expresión de la diversidad, la salud y el placer sexual”.¹⁰¹ No obstante, queda claro que los derechos sexuales positivos, incluidos los enfoques que integran al placer

⁹⁹ WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

¹⁰⁰ Parker, R. *et al.*, “Global Transformations and Intimate Relations in the 21st Century: Social Science Research on Sexuality and the emergence of Sexual Health and Sexual Rights Frameworks”, *Annual Review of Sex Research*, núm. 15, 2004, pp. 362-398. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

¹⁰¹ *Idem.*

a la salud sexual, en particular los que se relacionan con políticas de salud pública, siguen y seguirán encontrando cierta resistencia. Con respecto a la CIPD, Correa¹⁰² ha observado lo siguiente:

☞ ...exigir el respeto de los derechos sexuales como una protección contra el embarazo, la violación, las enfermedades y la violencia, es un asunto distinto al de afirmar estos derechos con relación al erotismo, la recreación y el placer. Esta segunda interpretación estuvo en las mentes de muchos de los que lucharon por el párrafo 96 de la CIPD. Pero, aún existen obstáculos políticos y conceptuales que dificultan el cambio del postulado sobre los derechos sexuales hacia esta interpretación de “concepto positivo”. En el área política, los ataques constantes de las fuerzas conservadoras contra los temas relacionados con la sexualidad los hacen retroceder constantemente para quedar bajo el amparo de agendas reproductivas, de salud y de lucha contra la violencia que son más aceptables. Por otro lado, dentro del campo de la salud, el predominio de los marcos biomédicos presiona constantemente a los “temas sexuales” para que permanezcan limitados a ciertas especialidades (en particular, la epidemiología y marcos conductistas).

Si bien la CIPD representó un paso adelante, el progreso hacia la aplicación de programas de promoción de la salud sexual que incorporan una concepción positiva de los derechos sexuales y que incluyen un “postulado del placer”¹⁰³ exigirá de las organizaciones internacionales y de los organismos de salud pública, de los gobiernos y demás instituciones públicas, que amplíen aún más sus conceptualizaciones de la salud sexual, más allá de las nociones tradicionales de prevención de la morbilidad y de la

¹⁰² Correa, S., *Sexual Rights: Much has Been Said, Much Remains to Be Resolved*, Columbia University, 2002, *Derechos sexuales: mucho ha sido dicho, mucho queda por resolverse presentado en la lectura sexualidad*, Salud y Género del Departamento de Ciencias Sociales de la escuela de Salud Pública, octubre de 2002, disponible en www.eldis.org. Citado WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

¹⁰³ Tepper, M., “Sexuality and Disability: The Missing Discourse of Pleasure”, *Sexuality and Disability*, núm. 18, 2000, pp. 283-290. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

mortalidad . Estas instituciones deben reconocer explícitamente, tanto en la teoría como en la práctica, la importancia de los derechos sexuales positivos al placer y la expresión sexuales.

El documento de la Organización Panamericana de la Salud titulado *Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción*,¹⁰⁴ suministra un ejemplo de una visión de conjunto de la salud sexual en la que se reconocen los derechos sexuales positivos y se abordan las inquietudes de salud sexual relacionadas con el erotismo y que, según la OPS, “...exigen acciones de los organismos gubernamentales y no gubernamentales y otras instituciones incluido el sector de la salud”. Según la OPS, estas inquietudes son:

- Falta o insuficiencia de conocimientos sobre el cuerpo humano, particularmente en cuanto a respuesta y placer sexuales.
- Necesidad de reconocimiento del valor del placer sexual disfrutado a lo largo de vida, de manera segura y responsable dentro de un conjunto de valores que respete los derechos de los demás.
- Necesidad de promover las relaciones sexuales seguras y responsables.
- Necesidad de fomentar la práctica y el disfrute de relaciones sexuales consensuales, libres de explotación, sinceras y mutuamente placenteras.
- Necesidad de un postulado sobre el deseo y el placer en los programas de educación de salud sexual para jóvenes y personas con discapacidades.

En algunas partes del mundo, la aceptación gradual de los derechos que tienen los jóvenes y las personas con discapacidades a recibir educación sobre la salud sexual ha conducido a la puesta en práctica de programas para ellos. Si bien algunos programas

¹⁰⁴ PAHO, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, Washington, 2002. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

han tenido cierto éxito al alcanzar las metas conductuales relacionadas con los resultados negativos como las infecciones de transmisión sexual y del VIH entre los jóvenes,¹⁰⁵ queda claro que la importancia asignada a la prevención de los problemas, además de un silencio casi total acerca del deseo y el placer, distorsionan la realidad de la sexualidad humana y pueden generar programas para los jóvenes y los discapacitados que no son pertinentes para sus necesidades.¹⁰⁶ La educación sobre salud sexual para jóvenes con discapacidades físicas o del desarrollo pudiera ayudarles a disfrutar plenamente de su sexualidad, pero pocas son las personas con discapacidades que tienen acceso a dichos programas.¹⁰⁷

En casi todo el mundo, los programas de educación en salud sexual para jóvenes están centrados principalmente en los aspectos negativos de la sexualidad humana y pasan por alto el placer y la sexualidad dentro de las relaciones.

De su investigación etnográfica sobre la sexualidad, en África, tanto oriental como occidental, Nyanzi¹⁰⁸ concluyó que los programas de educación sexual para jóvenes que recalcan los riesgos y las “consecuencias desastrosas” con una “denegación concomitante del placer” tienen el efecto de “relegar al adolescente en vez de captar su atención”. Los adolescentes, al igual que los adultos, están motivados por la búsqueda de intimidad y el placer sexual en sus relaciones.¹⁰⁹ En los programas de promoción de salud se-

¹⁰⁵ Kirby, D., “Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing Countries”, *Research Triangle Park, NC: Family Health International*, 2005. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

¹⁰⁶ Fine, M. y McClelland, S. I., “Sexuality Education and Desire: Still Missing after all these Years”, *Harvard Educational Review*, 2006, pp. 76 y 297-338; Nyanzi, S., “Porno, Peers and Pleasure: Pertinent Sources of Sexuality Education for Adolescents in Sub-Saharan Africa”, *Sexuality in Africa Magazine*, 2004, pp. 1, 2, 13 y 14; Tepper, M., “Sexuality and...”, *cit.*

¹⁰⁷ Di Giulio, G., “Sexuality and People Living with Physical or Developmental Disabilities: a Review of Key Issues”, *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 2003, pp. 12, 53-67. Citado por WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

¹⁰⁸ Nyanzi, S., “Porno, Peers...”, *cit.*

¹⁰⁹ Ott, M. A. *et al.*, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006, pp. 38, 84-89. Citado WAS-OPS, *Salud Sexual para el Milenio, Declaración y Documento Técnico*, Washington, 2009.

xual para jóvenes y personas con discapacidades hay que hacer mucho más hincapié en los derechos sexuales positivos y se deben incorporar las necesidades humanas básicas relacionadas con el placer sexual y la realización personal.

Se puede afirmar que desde el punto de vista de la promoción de la salud sexual integral y eficaz, el placer sexual no es frívolo ni destructor como se ha querido y aún se sigue representando. En este capítulo se ha demostrado que el placer sexual contribuye a la felicidad y al bienestar de las personas y que es una parte normal del desarrollo humano y del desarrollo de la identidad positiva.

Es igualmente un poderoso creador de vínculos íntimos entre las parejas. Para el desarrollo humano completo debe reconocerse la experiencia y la realización del placer sexual por lo que realmente es: una necesidad humana básica a la par de otros requisitos necesarios para una vida sana y productiva. Esta realidad debe reflejarse en las políticas públicas y en los programas de promoción nacional e internacional de los Estados en lo que respecta a la salud sexual —placer sexual— destinados a contribuir al desarrollo de una comunidad sana.

E. Acciones necesarias en la comunidad internacional

La comunidad internacional cada vez está reconociendo y respaldando más el concepto de los derechos sexuales. Sin embargo, hasta la fecha, el consenso comunitario, nacional e internacional se ha centrado predominantemente en los derechos sexuales negativos (por ejemplo, ausencia de infecciones de transmisión sexual y de infección por el VIH, violencia sexual y abuso), y con frecuencia se excluyen los derechos sexuales positivos (por ejemplo, el derecho al placer y la satisfacción sexual). Para reflejar mejor la realidad humana y satisfacer las necesidades de las personas y las parejas, los acuerdos internacionales y los documentos de establecimiento de prioridades deben enunciar con claridad los objetivos en cuanto a ambos tipos de derechos sexuales, ya sean positivos o negativos.

Los programas de promoción de la salud sexual para todos los grupos, deben abarcar la realidad de que el placer y la intimidad sexuales son factores motivadores fuertes para el comportamiento sexual y que el placer sexual contribuye a la felicidad y al bienestar.

A menudo se ha condicionado a los educadores y los proveedores de salud, a través de su capacitación, para que conceptualicen a la salud sexual en cuanto a los derechos sexuales negativos. La capacitación previa al servicio y en el servicio para los educadores de salud sexual y los proveedores de atención de la salud, debe hacer hincapié en particular en la promoción de los derechos sexuales positivos para las personas de todas las edades, a fin de contrarrestar la importancia excesiva que suele asignarse a los derechos sexuales negativos.

2. Derechos sexuales desde el marco de los derechos humanos de la mujer

Para comprender los derechos sexuales desde el marco de los derechos humanos de la mujer es importante tomar en cuenta los instrumentos de protección de los derechos humanos,¹¹⁰ los cuales se clasifican según el derecho internacional en documentos convencionales, es decir, con carácter vinculatorio y documentos declarativos sin carácter vinculatorio.

Los convencionales, a los que también se les conoce como convenios, convenciones, tratados o pactos, protocolos, son docu-

¹¹⁰ Artículo 1o. constitucional. “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte... Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en términos que establezca la ley”. Artículo 4o. “ Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...”.

mentos internacionales firmados por los Estados que conforman la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y gozan de fuerza jurídica obligatoria, esto es, que obligan legalmente a los gobiernos de los Estados a aplicar los derechos humanos en sus países e incluyen sanciones jurídicas en caso de que no cumplan. Para esto se requiere que dichas leyes sean ratificadas por el Poder Legislativo de cada país, en el caso de México por el Congreso de la Unión. Esto lo señala el artículo 133 constitucional, el cual dice que "...todos los tratados que estén de acuerdo con la misma [Constitución], celebrados y que se celebren por el presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión...". Lo anterior significa que los documentos convencionales firmados y ratificados por el Estado mexicano poseen peso legal tanto en el ámbito internacional como en el nacional.

Los declarativos o sin carácter vinculatorio, que incluye a los programas, planes o plataformas de acción resultados de alguna conferencia, convención o reunión internacional, son documentos adoptados por los Estados firmantes como un compromiso moral en el ámbito internacional o como una promesa de colaboración internacional para lograr un objetivo. Sin embargo, no tienen fuerza de ley en el ámbito internacional o nacional, carecen de efecto jurídico obligatorio. No obstante, estos documentos son compromisos morales que los gobiernos firmantes adquieren en esos foros internacionales y, por tanto, también implican la promesa internacional de llevarlos a cabo.

Existe también otra manera de clasificar los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos. De acuerdo con el lugar en donde se elaboren y su ámbito de competencia, se clasifican en universales y regionales, los primeros son los que se generan dentro del sistema de las Naciones Unidas y sus órganos internos. Los segundos corresponden a los instrumentos creados de un sistema regional y tienen competencia en una zona geográfica determinada. Por ejemplo, los instrumentos elaborados en la Organización de los Estados Americanos (OEA) sólo tienen competencia en el Continente Americano.

Dicho lo anterior, resulta fundamental saber que el gobierno mexicano ha firmado y ratificado:

- a) dos documentos convencionales universales con carácter vinculatorio que legitiman los derechos sexuales;
 - b) tres que legitiman los derechos sexuales en el sistema interamericano;
 - c) asimismo, el gobierno mexicano ha firmado dos documentos declarativos esenciales en el desarrollo y conceptualización de los derechos sexuales;
 - d) todos los documentos que se enlistan se relacionan con la salud (salud sexual) de la mujer, y
 - e) finalmente, a continuación se analizan y comentan únicamente los documentos internacionales que enuncian el derecho humano al placer sexual.
- 1) 1946 Carta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
 - 2) 1948 Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre.
 - 3) 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos.
 - 4) 1949 Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law.
 - 5) 1959 Declaración de los Derechos del Niño y (la Niña) (vinculatorio).
 - 6) 1966 Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos.
 - 7) 1966 Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
 - 8) 1967 Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.
 - 9) 1968 Conferencia Internacional de Derechos Humanos (Teherán).
 - 10) 1969 Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social.
 - 11) 1969 Convención Americana de los Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica" (sólo con legitimación).
 - 12) 1974 Reunión sobre Capacitación y Tratamiento en Cuestiones de Sexualidad Humana: la Formación de Profesionales de la Salud, OMS.
 - 13) 1974 Conferencia Mundial de Población de la ONU (Bucarest).
 - 14) 1975 Conferencia Mundial sobre la Mujer (México).
 - 15) 1978 Declaración de Alma-Ata.
 - 16) 1978 Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata.

- 17) 1979 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (vinculatorio).
- 18) 1981 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) (vinculatorio).
- 19) 1984 Conferencia Internacional de Población.
- 20) 1985 Estrategias de Nairobi.
- 21) 1988 Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” (sólo con legitimación).
- 22) 1989 Convención sobre los Derechos del Niño.
- 23) 1990 Cumbre Mundial a favor de la Infancia.
- 24) 1990 Declaración de París sobre las Mujeres, los Niños y el SIDA.
- 25) 1992 Declaración de Derechos y Humanidad sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad aplicables en el contexto del VIH/SIDA.
- 26) 1992 Carta de las Obligaciones de Respetar los Derechos Humanos y los Principios Éticos y Humanitarios al Abordar las Dimensiones Sanitarias, Sociales y Económicas del VIH/SIDA.
- 27) 1992 Plan de Acción Adoptado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y Desarrollo (Río de Janeiro).
- 28) 1993 Declaración y Programa de Acción de Viena, emanado de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena).
- 29) 1994 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo) y su seguimiento (Cairo +5 y 10) (CIPD) (sólo declarativo).
- 30) 1994 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” (sólo con legitimación).
- 31) 1995 Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001.
- 32) 1995 Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing) y su seguimiento ONU (Beijing +5) (CMM) (sólo declarativo).
- 33) 1995 Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague).
- 34) 1996 El VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Directrices Internacionales.
- 35) 1997 Los Derechos Sexuales son Derechos Humanos Fundamentales y Universales. Se comenta en lo que sigue:

*Declaración de los derechos sexuales*¹¹¹

La sexualidad es parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos.

Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

- El derecho a la libertad sexual.
- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
- El derecho a la privacidad sexual.
- El derecho a la equidad sexual.
- El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es la fuente del bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- El derecho a la expresión sexual emocional.
- El derecho a la libre asociación sexual.
- El derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables.
- El derecho a información basada en el conocimiento científico.
- El derecho a la educación sexual integral.

¹¹¹ Declaración del 13avo. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España, fue revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, el 26 de agosto de 1999, en el 14^o Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.

— El derecho a la atención de la salud sexual.

- 36) 1998 Declaración Mundial de la Salud.
- 37) 1999 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Una revisión 5 años después.
- 38) 1999 Convenio 182 sobre las Peores Formas de Trabajo Infantil y la Acción Inmediata para su Eliminación.
- 39) 1999 Protocolo Facultativo de la Convención sobre Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- 40) 2000 Declaración del Milenio (Resolución aprobada por la Asamblea General 55/2).
- 41) 2000 Octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. La Mujer del año 2000: Igualdad entre los Géneros, Desarrollo y Paz para el Siglo XXI (Lima).
- 42) 2000 Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de Niños, Prostitución Infantil y la Utilización de Niños en la Pornografía.
- 43) 2000 Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes (Badajoz, España).
- 44) 2000 Promoción de la Salud Sexual, Recomendaciones para la Acción, (OPS, OMS, WAS), Guatemala. Se comenta en las líneas siguientes).

Este documento, acerca del derecho al placer sexual, contiene entre otros puntos lo siguiente: *erotismo*. El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo; por lo general, se identifican con placer sexual.

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. Una comunidad que fomenta los comportamientos sexuales responsables proporciona información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas.

El placer sexual es un derecho que dimensiona al ser humano y con frecuencia se ha negado como una necesidad fundamental, positiva, gratificante y promotora de la salud. Estudios recientes demuestran que la importancia de la experiencia erótica tiene consecuencias hasta el plano fisiológico.

El derecho al placer se ha estigmatizado aún más cuando se experimenta como autoerotismo (generalmente conocido como

masturbación). Más aún, los sexólogos están de acuerdo en que la promoción del comportamiento autoerótico es beneficioso para el tratamiento de una serie de disfunciones sexuales.

- 45) 2001 Declaración de Compromisos en la Lucha Contra el VIH/SIDA.
- 46) 2002 Asamblea General a favor de la Infancia, Nueva York.
- 47) 2003 Comité de los Derechos del Niño.
- 48) 2003 Promoción de la Salud Sexual y Prevención del VIH-SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual en los Pueblos Indígenas de las Américas.
- 49) 2003 Resolución de la ONU 2003/28.
- 50) 2004 Novena Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe (Consenso de México).
- 51) 2004 Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial de Población y Desarrollo del Periodo de Sesiones de la CEPAL, realizada en Santiago de Chile, se reafirmó el compromiso de la región con los principios, objetivos y acciones contenidos en el Programa de Acción de la CIPD+5 (CEPAL, 2004b).
- 52) 2004 Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas
- 53) 2004 Asamblea Mundial de la Salud de la OMS (Salud Reproductiva).
- 54) 2005 Cumbre Mundial del Milenio (ODM).
- 55) 2005 Cumbre Mundial de las Naciones Unidas (Nueva York).
- 56) 2005 Marco de la IPPF para la Educación Integral en Sexualidad (Londres).

El derecho al placer sexual. Comprensión de que el sexo debe ser agradable y no forzado; que es mucho más que el coito; que la sexualidad es parte de la vida de cada persona; biología y emociones que están detrás de la respuesta sexual; género y placer; masturbación; amor, deseo y relaciones; comunicación interpersonal; la diversidad de la sexualidad; la primera experiencia sexual; consentimiento, alcohol y drogas, así como las implicaciones de su uso.

- 57) 2007 Ejercer la Sexualidad con Placer y Sexo con Protección (IPPF) (Londres).

Derechos sexuales: La declaración de Ejercer la Sexualidad con Placer y Sexo con Protección (IPPF) está fundamentada en tratados y otros instrumentos esenciales de los derechos humanos internacionales, en interpretaciones autoritativas de estos estándares

internacionales y en beneficios adicionales relacionados con la sexualidad humana, mismos que están implícitos en esos derechos.

☞ Principio 4. El derecho a la sexualidad y el placer sexual derivado de ella es un aspecto central del ser humano, independientemente de si la persona elige reproducirse o no hacerlo.

La salud sexual se extiende a lo largo de la vida. La sexualidad es un factor integral en casi todas las decisiones reproductivas; sin embargo, es un aspecto central del ser humano, independientemente de que decida o no reproducirse.

La sexualidad no es meramente un vehículo para que los individuos satisfagan sus intereses reproductivos. El derecho a experimentar y gozar de la sexualidad independientemente de la reproducción, y de la reproducción independientemente de la sexualidad, debe ser salvaguardado, prestando especial atención a quienes, históricamente y en el presente, se les niega ese derecho.

58) 2009 Declaración y Documentos Técnicos. Salud Sexual para el Milenio WAS OPS (Washington, EUA). Sólo un comentario:

El grupo de expertos recomienda firmemente que las organizaciones internacionales, como la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas, promuevan y se conviertan en defensoras de la causa para lograr el consenso acerca de la Declaración de los Derechos Sexuales Universales del Ser Humano, emanada de la Asociación Mundial de Sexología, que menciona el derecho al placer sexual.

59) 2010 Objetivos del Desarrollo del Milenio (ONU).

60) 2010 Orientaciones Técnicas sobre Educación en Sexualidad (UNESCO) cuyo comentario es el siguiente:

Mediante la firma del protocolo entre la UNESCO y el gobierno de México, se ratifica su posición de vanguardia en materia cultural; sin embargo, no cumple lo señalado en este instrumento

emitido por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura que establece:

- Sexo, sexualidad y ciclo de vida sexual.
- Objetivos del aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años).
- Explicar el concepto de las partes privadas del cuerpo.

Ideas clave:

- La mayoría de los niños y niñas sienten curiosidad por su cuerpo.
- Es natural explorar las partes de nuestro cuerpo, incluso las partes privadas.

Objetivos de aprendizaje para el nivel II (9 a 12 años):

- Describir la sexualidad con relación al ciclo de vida.
- Los seres humanos nacen con la capacidad de disfrutar su sexualidad a lo largo de la vida.
- Muchos niños y niñas comienzan a practicar la masturbación durante la pubertad y, en ocasiones, antes de su aparición.
- La masturbación no causa daños físicos ni emocionales.
- Es importante hablar sobre sexualidad con personas adultas de confianza y plantear preguntas al respecto.

Objetivos del aprendizaje para el nivel III (12 a 15 años):

- Explicar las distintas expresiones de sexualidad durante el ciclo de vida

- Los sentimientos, las fantasías y los deseos sexuales son naturales y están presentes a lo largo de la vida y algunas personas deciden llevarlos a la práctica.
- El interés en la sexualidad puede cambiar con la edad y seguir expresándose a lo largo de la vida.
- Se necesita que las personas sean tolerantes y tengan respeto por las diferentes expresiones de sexualidad entre las culturas y en los diversos entornos.

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años):

- Definir la sexualidad con placer en relación a sus componentes biológicos, sociales, psicológicos, espirituales, éticos y culturales.¹¹²

61) 2011 Declaración de los Derechos Sexuales para Todo el Mundo-IPPF- Noción del derecho al placer sexual independientemente de los fines reproductivos, Nueva York, cuya reflexión es la siguiente:

Todas las personas tienen derecho a condiciones que les permitan la búsqueda de una sexualidad placentera. El derecho al placer sexual se basa en una autonomía individual y relacional, para la cual debe garantizarse la existencia de políticas públicas sobre educación en sexualidad y servicios de salud, que garanticen una vida libre de coerción y de violencia, así como del desarrollo de un campo de ética sobre temas de justicia, igualdad y libertad. Dado que el placer es un aspecto intrínseco de la sexualidad, el derecho a buscarlo, expresarlo y a determinar cuándo experimentarlo no debe ser negado a persona alguna.

Se conformó mediante una exhaustiva investigación el listado de convenios, declaraciones y programas antes expuesto y se acudió a la Unidad de Documentación de Legislación del Instituto

¹¹² UNESCO, *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad*, vol. II: *Temas y objetivos de aprendizaje. Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud.*

de Investigaciones Jurídicas de la UNAM para conocer la postura del Estado mexicano en relación con los mismos. Estos estudios deberán comprender el atraso cultural del país, los mitos y tabús de una sociedad mayoritariamente conservadora.

El acceso a la información será una herramienta potencialmente muy importante para mejorar la lucha a favor de los derechos de las mujeres del Estado mexicano. De acuerdo con los principios interamericanos sobre libertad de expresión, el acceso a la información es un derecho fundamental para cada individuo. El Estado tiene la obligación de garantizar completamente el ejercicio de este derecho. El gobierno está obligado bajo normas nacionales e internacionales a proteger y mejorar el acceso a estos derechos. Estos asuntos sobre el derecho al placer sexual como derecho humano no está siendo protegido por el Estado mexicano conforme al artículo 19 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

3. *Caso México: salud sexual de la mujer-placer sexual*

Un gran problema que salió a relucir en esta investigación en materia de derecho a la información en salud en México, prestó atención que desde 2002 es casi imposible tener conocimiento de nuestros derechos sexuales, ya que de las pocas normas que hablaban sobre este concepto, encontrábamos lo siguiente:

- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002.¹¹³ Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, remite a;
- PROY-NOM-040-SSA2-2003.¹¹⁴ Información en Salud, remitía a;
- Ley General de Salud, remitía a;

¹¹³ El Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-039-SSA2-2014, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, la entrada en vigor de la presente norma deja sin efectos la Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 19 de septiembre de 2003.

¹¹⁴ Mayor conocimiento: Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud.

-
- Ley General de Planeación, remitía a;
 - Ley General de Estadística y Geografía, remitía a;
 - Y esto nos remitía a disposiciones de la Secretaría de Gobernación y sucesivamente a cuestiones de Seguridad Nacional.

Como vemos, era un mundo de normas e imprecisiones; el manejo de distinta terminología para conceptos que se debían describir y otras complejidades sociales, culturales, políticas y económicas hacía que el Estado no lograra garantizar el derecho a la información en materia de salud, sobre todo en nuestro caso de estudio del derecho a la información sobre salud sexual —enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA— placer sexual de la mujer.

Por otra parte, se ha disminuido la educación sexual en las escuelas, por lo que se deberá dar acceso a la salud sexual.

Las encuestas que se presentan a continuación —emitidas por el Consejo Nacional de Población y elaboradas por ENADIS— pertenecen al rubro de salud sexual y reproductiva, como podemos constatar, en ningún momento en el orden legal mexicano ni en sus instituciones se separa la idea de la sexualidad por sí misma de la reproducción. Por lo tanto, el gobierno en sus diferentes esferas no abarca el tema de la sexualidad de manera independiente como un tema básico de salud de la mujer.

Este tema de placer sexual acarrea grandes beneficios que impactan a nivel individual a la mujer y a la población física y psicológicamente.

En la tabla siguiente se puede observar claramente que las mujeres de 15 años ya son sexualmente activas y ese grupo son el grupo de mujeres que entraron a una encuesta; existen niñas aún de menor edad que ya son activas sexualmente y que por razones fuera de este estudio no fueron encuestadas y tomadas en cuenta.

El caso es que tenemos una población sexualmente activa para estadísticas gubernamentales del rango de edades que van de 15 a 49 años, desinformadas total y absolutamente de las múltiples formas de lograr su propio y natural placer sexual. Todas las

mujeres deben de conocer, manifestar y ejercer su sexualidad de acuerdo con los instrumentos internacionales antes señalados.

Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas*
por grupo de edad, 2009

<i>Grupo de edad</i>	<i>Porcentaje</i>
15-19	15.2
20-24	44.4
25-29	60.6
30-34	67.8
35-39	70.8
40-44	67.5
45-49	61.0
<i>Total</i>	<i>52.9</i>

* Mujeres que tuvieron relaciones sexuales en el último mes previo al levantamiento de la encuesta.

FUENTE: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

En México deberían existir mayor número de encuestas gubernamentales sobre las diferentes formas en que la mujer mexicana manifiesta su sexualidad, su placer sexual. Las encuestas constituyen una herramienta fundamental para comprender y estudiar la evolución de los fenómenos. La responsabilidad de la encuesta es obtener información mediante un cuestionario que se dirige a un sector de la población que es representativo del total.

Otro punto interesante que fue un hecho y se dio en el Museo de Ciencias de la UNAM, UNIVERSUM, en una exposición cuyo tema fue “Sexualidad: Vivirla en plenitud es tu derecho” —Entre nosotros hay química: I LOVE YOU— fue que la curadora de la sala Brenda Flores realizó una conferencia con los maestros de distintas escuelas de la Ciudad de México, en la cual explicó el contenido de la exposición y a la par se fueron revisando los contenidos del planes de estudio de Educación Básica de Ciencias Naturales y de Formación Cívica y Ética, pero en ningún

momento se tocaron los temas de masturbación y placer sexual señalados en el documento de Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad por la UNESCO y de otros organismos internacionales.

El gobierno de la Ciudad de México publicó un libro titulado *Tu futuro en libertad. Por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad*, en conjunto con la Secretaría de Educación, Secretaría de Salud, Inmujeres y el Instituto de la Juventud, en donde además de hablar sobre sexualidad se toca el tema de las relaciones sexuales con el objetivo primordial de sentir placer; también se menciona que la mujer puede tener un orgasmo o puede ser multiorgásmica aunque no explica nada, ni profundiza ya que únicamente se limita a mencionar estos temas. Se podría decir que esto ya fue un gran avance para nuestra cultura, pero desgraciadamente este libro fue retirado de circulación.

El artículo “Prioridades y necesidades globales para el logro de la salud sexual. Un análisis de la declaración salud sexual para el milenio”,¹¹⁵ se limita a ser una síntesis de la visión de gran número de profesionales organizadas/os en torno a la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS, por sus siglas en inglés), sobre las prioridades para el logro de la salud sexual en un nivel global sin dar una verdadera respuesta a las necesidades de la mujer mexicana en torno a los siguientes puntos:

- 1) Reconocimiento, promoción, aseguramiento y protección de los derechos sexuales para todas las personas
- 2) Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionadas con la sexualidad.
- 3) Proveer acceso universal a la información y educación de la sexualidad integral.
- 4) Detener y revertir la propagación del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

¹¹⁵ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Género y Salud, núm. 2, mayo-agosto de 2011, vol. 9, 2011, http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen9_2/Prioridadesynecesidadesglobales.pdf (fecha de consulta: 7 de febrero 2016).

- 5) Identificar, abordar y tratar inquietudes, padecimientos y disfunciones sexuales.
- 6) Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente del bienestar.

Se considera que México, al tener deficiencias tanto en el sistema jurídico como en el aparato administrativo para educar e informar sobre esta temática, no cumple con las disposiciones del marco jurídico internacional.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Oficina Regional para América Latina y el Caribe (RBLAC) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos Representación Regional para América Latina y el Caribe, emiten en la compilación de observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) sobre países de América Latina y el Caribe en el punto C, factores y dificultades que obstaculizan la aplicación del Pacto lo siguiente: “El Comité toma nota de que siguen prevaleciendo ciertas tradiciones, costumbres y prácticas culturales en México que impiden a las mujeres disfrutar plenamente de los derechos sexuales que les confiere el Pacto”.

Por otra parte, el párrafo 8 de la Observación General núm. 20 del Comité del DESC señala cuatro tipos de discriminación: formal, sustantiva, directa e indirecta. En el caso que nos atañe, Irasema Jazmín Zavaleta Villalpando, directora de Análisis Legislativo y Apoyo Técnico (Análisis de Instrumentos Internacionales) del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación Conapred sostuvo que de acuerdo con lo anteriormente expuesto, México, ante el tema salud sexual-placer sexual se encuadra en los supuestos cruzados de discriminación sustantiva e indirecta, los cuales señalan que:

- a) *Discriminación sustantiva.* Prevenir, respetar y garantizar que no exista discriminación sustantiva o “de facto”. Como recuerda el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas los Estados parte del pacto internacional respectivo deben “adoptar de forma inmediata las medidas necesarias para prevenir, reducir y eliminar las condiciones y actitudes que

generan o perpetúan la discriminación de facto”. Esta obligación debe “prestar suficiente atención a los grupos o individuos que sufren injusticias históricas”. Otros órganos y tribunales se pronunciaron en el mismo sentido.

- b) *Discriminación indirecta*. Situación en la que una ley, reglamento, una política o una práctica, aparentemente neutrales, tienen un impacto desproporcionadamente adverso sobre los miembros de uno u otro sexo. Se ejerce además cuando existe un trato diferencial de inferioridad o marginación a una persona por motivo de género, siendo este motivo encubierto por otras razones socialmente aceptadas.

Se debe hacer énfasis en que no solamente hay que esperar que el gobierno actúe, sino que también existen organizaciones civiles en México que con apoyo del gobierno han logrado documentos como la Cartilla por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes (CNDH y ONG). Sin embargo, la Cartilla no menciona el placer sexual como derecho humano objeto de este estudio.

En nuestra sociedad, tanto a nivel privado como público, prevalece una postura de control, regulación y sanción de la sexualidad, lo cual implica —en la mayoría de los casos— la restricción de nuestros derechos. Debemos reconocer que las restricciones tomadas en el ámbito de la sexualidad tienen impacto directo en nuestras vidas. Es por ello que exigir el reconocimiento y cumplimiento de los derechos sexuales con todo lo que implica; es fundamental para generar las condiciones que nos permitan ejercer nuestra sexualidad con información de manera plenamente placentera y sin riesgos. Sin embargo, un cambio que atienda realmente nuestras necesidades supone forzosamente la participación activa de los actores. Tres condiciones básicas para el goce de los derechos sexuales son: conocerlos, comprenderlos y ejercerlos.

Como política pública en México, este estudio propone que los hombres se involucren activamente en las políticas y programas sexuales que beneficien el derecho al placer de la mujer; esto puede ser a través del diseño, implementación, monitoreo, asesoramiento e información de las actividades. En algunos países de África se han seleccionado hombres —como educadores de la sa-

lud sexual— de clubs deportivos, policía, militares, personas que laboren en la secretaría de salud y en las escuelas.

Según la ENADIS, los hombres tienen mayores estudios que las mujeres y las mujeres dependen más de los hombres para tomar decisiones, por lo que una política en la cual la información sobre placer sexual de la mujer participen hombres será más viable e inmediata.

Como podemos observar de los instrumentos internacionales, éstos nos ponen en un lugar donde no se pueden seguir ocultando las necesidades que tienen las mujeres de que se respeten sus derechos humanos y que participen en la toma de decisiones. Ya que sin ninguna educación sexual sobre el placer sexual, se pierde la posibilidad de informar a las mujeres sobre las opciones de derechos a elegir sobre su sexualidad positiva y de sus beneficios.

En México es indispensable desarrollar investigaciones que toquen aspectos más profundos de las mujeres; estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad a niveles emocionales, sociales, culturales y económicos a través de la información.

El derecho a la información en el marco de la revolución tecnológica debe asegurar el avance de la alfabetización, la educación y la investigación, para abrir espacios donde las mujeres sean más libres, más responsables y más solidarias.

La información médica que se difunde mediante el sector salud y educativo del país, actualmente está basada en la enfermedad y no en la salud, tiene poca relación con lo que sucede en la comunidad ya que es poco científica.

Se concluye que deberán incluirse conforme a lineamientos de instrumentos jurídicos internacionales en los programas de salud pública de México medidas para la educación sobre el placer sexual positivo y sus beneficios; los conocimientos y contenidos deberán guiar hacia el pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad; abordando estos temas con profundidad, seriedad y respeto; eliminando todo tipo de temores y prejuicios.

CAPÍTULO SÉPTIMO

EMPODERAMIENTO FEMENINO

I. EMPODERAMIENTO

El paradigma del siglo pasado fue cambiar el estatus de la mujer débil por el de la equidad. El primer esfuerzo de empoderar a la mujer a nivel global fue realizado en 1975, mismo año que fue observado como el año internacional del lema Equidad, Desarrollo y Paz. Desde 1975 hasta 1985 se declaró como la década de la mujer. Dos mil uno fue anunciado como el año del empoderamiento de la mujer.¹¹⁶

Pero el concepto de empoderamiento es un nuevo término que ha sido repentinamente conocido después de la Conferencia Internacional sobre el Empoderamiento de la Mujer 2004, y canalizado por una ola agresiva de iniciativas de proyectos para empoderar a las mujeres.¹¹⁷

¹¹⁶ Sreedhar, Madaka, *Empowerment of Women through Self Help Groups. A Study in Anantapur District of Andhra Pradesh*, Alemania, Lap Lambert Academic Publishing, 2013, p. 1.

¹¹⁷ Cornwall, Andrea *et al.*, *Feminisms, Empowerment and Development, Changing Women's Lives*, Londres, Zed Books, 2014, trad., síntesis y adaptación de Mónica Pantoja Nieves.

1. *Obstáculos para generar empoderamiento*¹¹⁸

- 1) Género basado en violencia.
- 2) Barreras económicas para acceder al empoderamiento (acceso a mercados, entrenamiento financiero, tecnología, educación, asesoría, desarrollo empresarial para formar capital social).
- 3) Explorar o poner en peligro la forma de vida de niñas y mujeres (en especial el comercio sexual)
- 4) Necesidad de sensibilización y educación de género para el desarrollo de esta materia.
- 5) Religión.
- 6) Control de tradiciones y costumbres generacionales.

2. *Teorías del empoderamiento*

- a) En el término empoderamiento debe hacerse notar que para que este proceso se lleve a cabo se sugiere distinguir los niveles a los que opera:
 - 1) Individual. Resolver los problemas del empoderamiento a nivel personal requiere de la transformación de conciencia y actitudes individuales.
 - 2) Colectivo. Resolver los problemas como las reestructuras de normas jurídicas, relaciones de poder, cambios de valores sociales que requieren educación, empleo, recursos materiales y poder político ya que únicamente puede ser abatido a nivel colectivo como la comunidad, los medios, las estructuras gubernamentales, etcétera.

Tanto el empoderamiento a nivel individual como el colectivo requieren de una efectiva organización entre las mujeres.¹¹⁹ Así como de ayuda mutua, mucho sacrificio y *gyn affection*.

- b) Hall, en 1990 presentó e identificó una teoría clínica y sociológica sobre el empoderamiento señalando que estaba construido y documentado en patrones de conducta familiares e interper-

¹¹⁸ *El Plan Nacional Estratégico de Género 2010-2013* y la más reciente *Agenda para la prosperidad 2013-2018 identifican como obstáculos para el empoderamiento en Sierra Leona*, traducción del idioma inglés al español, síntesis y adaptación por Mónica Pantoja Nieves.

¹¹⁹ Sreedhar, Madaka, *Empowerment of...*, cit., p. 17.

sonales predecibles. Es un marco de referencia que asume a la mujer y al empoderamiento de manera integral. La teoría del empoderamiento, al ser asumida por una mujer, le da significado y compromiso para llevar a cabo metas orientadas hacia actividades que ellas mismas puedan escoger. Las mujeres de esta manera pueden entender sus puntos débiles y fortalezas —en lo personal y colectivo, en el pasado y en el presente— con los cuales pueden hacer frente a los conflictos dentro de una relación.¹²⁰

- c) La teoría de Oakley y Marsden de 1984 ha delineado los niveles de participación que le dan liderazgo al empoderamiento. El primer nivel le da importancia a la movilización de campañas masivas como la educación. La segunda es una extensa información, asesoría y colaboración de la cual se beneficia la orientación de los ingresos que se generan para los programas de desarrollo rural. El nivel más alto ha sido llamado sociedad, delegación de poder y control de ciudadanos; estas formas de participación han sido encabezadas por las organizaciones no gubernamentales.¹²¹
- d) El marco teórico de Harvard, basado en la formulación de Sara Longwe, habla de cinco niveles de equidad de género. Estos cinco niveles incluyen: bienestar, acceso a la concientización, participación y control. Al nivel de bienestar se le señala como aquel en el cual las mujeres no deben estar únicamente como objetos que reciben bienes materiales sino que también deben ser parte del desarrollo. Al nivel de acceso a la concientización, las mujeres deben tener acceso a los recursos de oportunidades en educación, tierras, créditos, trabajo y servicios. Este nivel involucra la promoción crítica de conciencia sobre la estructura de discriminación, explotación y opresión de la mujer. El nivel de participación indica la participación de la mujer junto con la del hombre en la toma de decisiones a nivel privado y a nivel público en las cámaras de Diputados y de Senadores. El nivel de control señala que la equidad y el empoderamiento se presentan cuando las mujeres tienen control sobre sus vidas, hijos y son proactivas en su desarrollo.¹²²

¹²⁰ *Ibidem*, p. 18.

¹²¹ *Idem*.

¹²² *Idem*.

- e) Rich, Edelstein, Hallman y Wandersman toman una perspectiva multidisciplinaria en describir los diferentes procesos que determinan el empoderamiento o desempoderamiento de la comunidad, así como del impacto que la puede amenazar. Su modelo se distingue en:
- 1) Empoderamiento formal, lo que se puede llamar empoderamiento estructural o social, en el cual la mayoría de las decisiones políticas del sistema permiten medir y dar significado al control local.
 - 2) Empoderamiento instrumental, que significa la efectiva acción de un ciudadano a través de su participación.
 - 3) Empoderamiento de la comunidad u organizacional: la acción efectiva de un grupo.

Asimismo, estos autores examinan las políticas públicas y privadas de las instituciones que influyen a la movilización de la comunidad y a los resultados del empoderamiento y desempoderamiento.¹²³

- f) Fawcett y sus colegas han hecho esfuerzos significativos para empoderar a la comunidad de una forma teórica que resulte aplicable, amplia, específica, potencial y práctica. Ellos desarrollaron un modelo de comportamiento contextual y metodológico del empoderamiento que identifica cuatro estrategias fundamentales que abarcan 33 actividades o tácticas que permiten la promoción del empoderamiento de la comunidad. Esas estrategias incluyen mejorar las experiencias, competencias, apoyo y recursos de las estructuras y capacidades de un grupo; removiendo las barreras sociales y del medioambiente. El equipo de Fawcett ha desarrollado un modelo para apoyar y evaluar sustancialmente el monitoreo de programas que tienen como objetivo el proceso del empoderamiento que ha sido generalmente enfocado en la salud de las comunidades.¹²⁴
- g) Perkins en 1993 se enfocó en el tipo de teorías de micro nivel como las comunidades; ajustándolas a la discusión de la ideología del empoderamiento a un macro nivel como la planeación de programas sociales y políticas públicas.

¹²³ *Ibidem*, p. 19.

¹²⁴ *Idem*.

Esta teoría sobre la ideología conservadora del empoderamiento prevé la participación ciudadana, la participación de organizaciones no gubernamentales y la participación democrática para el desarrollo de la comunidad en la construcción de programas preventivos; realizando reformas legislativas y administrativas en los ámbitos locales, estatales y federal para la organización del manejo de la promoción de la salud y la educación en las instituciones.¹²⁵

Las teorías sobre el empoderamiento prevén tanto los procesos como los resultados; sugiriendo que las acciones, actividades o las estructuras pueden ser empoderadoras y que los resultados de dichos procesos traen como consecuencia el realizarse como una persona empoderada.¹²⁶ Tanto el proceso del empoderamiento como el resultado varían porque no tienen un patrón que capture totalmente su significado en el contexto de la población.¹²⁷ Las distinciones entre el proceso de empoderamiento y su resultado son muy importantes para que se entienda la definición de la teoría del empoderamiento. El proceso del empoderamiento para los individuos debe incluir la participación comunitaria de las organizaciones, tomas de decisiones colectivas y liderazgos compartidos y acciones colectivas para tener acceso a recursos gubernamentales. Los resultados del empoderamiento individual deben incluir específicamente control de las habilidades de los recursos, así como evidenciar pluralismo, existencia organizacional de coaliciones y accesibilidad a los recursos por parte de las comunidades.

Estas teorías nos permiten examinar los aspectos que deben tenerse en mente para lograr el empoderamiento de la mujer.

3. *Conceptos del empoderamiento*

- a) El concepto del empoderamiento de la mujer es el resultado de diversas críticas y debates generados por los movimientos de las

¹²⁵ *Ibidem*, p. 20.

¹²⁶ *Idem*.

¹²⁷ *Idem*.

mujeres alrededor del mundo, particularmente por las mujeres tercermundistas.¹²⁸

- b) Su origen puede haber sido trazado desde la interacción del feminismo y el concepto de la educación de la población desarrollado en América Latina en 1970. El concepto del empoderamiento de las mujeres tuvo sus raíces alrededor del mundo en los movimientos de los hombres.¹²⁹
- c) Desde 1985 los movimientos populares en América Latina y el Caribe, así como los movimientos feministas han presentado nociones de empoderamiento, en una mano apoderándose del poder al enfatizar principalmente el autoestima y la autoconfianza, así como la habilidad de poder decidir en la vida lo que una persona debe tomar y en la otra mano teniendo el poder de generar relaciones en las esferas económicas, políticas, legales y socioculturales.¹³⁰
- d) Las definiciones sobre empoderamiento son abundantes y generalmente consisten en empoderar como un proceso intencional centrado en la comunidad local, mutuo respeto, reflexión crítica, cuidado, participación grupal en la cual las personas tienen como mayor ganancia el acceso y control de los mismos para no carecer de equidad¹³¹ o porque simplemente el proceso por el cual las personas ganan control sobre sus vidas es la democratización; participando en sus vidas y sus comunidades¹³² y de esta manera entienden su entorno¹³³.
- e) De acuerdo con Chandra Shanti Kohli, en 1997 el empoderamiento en su forma más simple significa la redistribución del poder que reta a la ideología del patriarcado y el dominio masculino. *Convertirse en poderoso*¹³⁴ es el significado literal del término “empoderamiento” que hoy en día está siendo utilizado en diferentes aspectos de la vida como un proceso que refuerza los elementos de la sociedad. Significa dos aspectos: uno es un proceso y el otro es el resultado de un proceso. También es una transformación de las estructuras o de las instituciones que refuerzan y perpetúan la discriminación de género. Es un proceso que permite a las mujeres ganar control material y recursos de información. La disparidad de género se manifiesta en diversas formas; siendo

¹²⁸ *Ibidem*, p. 7.

¹²⁹ *Idem*.

¹³⁰ *Idem*.

¹³¹ *Idem*.

¹³² *Ibidem*, p. 8.

¹³³ *Idem*.

¹³⁴ Cursivas insertadas por la autora.

la más obvia la tendencia al decaimiento de las relaciones femeninas en la población.¹³⁵

- f) El *Social Work Dictionary*¹³⁶ define al empoderamiento como el proceso para ayudar a un grupo o a una comunidad para lograr influencias políticas o relevantes con la autoridad gubernamental.
- g) Bandaura en 1986 conceptualizó al empoderamiento como el proceso por medio del cual los individuos ganan eficacia definida como el grado mediante el cual ella o él perciben el control de su entorno.¹³⁷ El empoderamiento es generalmente utilizado para describir un proceso por el cual la gente desempoderada consciente de su propia situación, se organiza para ganar mayor acceso a los servicios públicos y se beneficia del crecimiento económico. Como el resultado del empoderamiento, las personas empoderadas deberían ser agentes transformadoras de su propio cambio, ejercitando su propia toma de decisiones, seleccionando su propia agenda, cambiando su estatus en la sociedad para lograr demandar al Estado cambios sociales. Por lo tanto, el empoderamiento se puede considerar como el proceso de una comunidad o de un grupo que están ganando autonomía y control sobre sus vidas.
- h) El concepto adoptado después de la Conferencia de Beijing en 1995 en la declaración en su sección 13, presenta al empoderamiento como una clave estratégica para el desarrollo:

☞ El empoderamiento de la mujer y su total participación con base en la equidad en las esferas sociales; incluyendo la participación de la toma de decisiones y el acceso al poder son fundamentales para lograr equidad, desarrollo y paz.

Desafortunadamente el acercamiento utilizado para el desarrollo de las entidades y de los indicadores cuantitativos ofrecidos tiende hacia la reducción del alcance de las habilidades de la responsabilidad individual de las mujeres. Los indicadores no únicamente cambian las estructuras sociales y económicas, sino

¹³⁵ *Idem.*

¹³⁶ *Idem.*

¹³⁷ *Idem.*

también a la colectividad del empoderamiento vinculadas con el cambio social.¹³⁸

- i) El empoderamiento es un proceso racional en el cual una persona utiliza sus recursos y capacidades relacionándolas con otras personas. El empoderamiento es un proceso que sólo pueden hacer las mujeres por sí mismas. Se debe observar que el contexto en que se presenta el empoderamiento es crucial para darle sentido. El empoderamiento no sólo trata de hacer más grande las áreas de acción del empoderamiento, sino que también se trata de expandir sus horizontes de posibilidades. Lo que llega a constituir una (empoderamiento potencial) elección en un contexto específico depende no únicamente abordar los ambientes sociales, culturales, económicos y políticos, sino también las circunstancias particulares de cada mujer. Lo apropiado puede estar en el contexto de cierto tipo de construcciones conscientes que empoderen a las mujeres del todo.¹³⁹

Los proyectos para el empoderamiento de las mujeres dependen de la solidaridad colectiva en la esfera pública; en el ámbito privado, la asertividad es fundamental. Las organizaciones de mujeres en este movimiento social en particular tienen un rol muy importante al crear condiciones de cambio que reducen los costos de desgaste individuales.

Es importante destacar a través de la experiencia que lo que es empoderante para algunas mujeres no lo es necesariamente para otras. Por ejemplo, según ciertos estudios las relaciones sociales que las mujeres tienen en su comunidad son muy importantes para su empoderamiento, ya que éstas las proveen incluso de poder en sus actividades cotidianas. Otro punto para el empoderamiento de las mujeres depende de cómo éstas aborden las situaciones en las que se encuentran inmersas y de las herramientas que tengan para conducirse y negociar las dificultades que experimentan en sus vidas.

Al empoderamiento concierne el proceso por el cual las personas se concientizan de sus propios intereses y como éstos se

¹³⁸ *Idem.*

¹³⁹ *Ibidem*, p. 10.

relacionan con los intereses de las demás personas, influyendo y participando de dicha toma de decisiones.

La meta del empoderamiento de las mujeres es desafiar la ideología del patriarcado para transformar las estructuras de las instituciones que refuerzan y perpetúan la discriminación e inequidad de género. Para que las mujeres tengan acceso a recursos de control materiales y de información.

Desafortunadamente los donadores para esta causa no entienden que el empoderamiento de las mujeres al cambiar las estructuras del patriarcado representa una mejora a sus propias circunstancias y cumplen con las necesidades previstas por los proyectos de género.

4. *Principios del empoderamiento*¹⁴⁰

- 1) Autoaceptación
- 2) Autoestima
- 3) Autorrespeto
- 4) Autosuficiencia
- 5) Dignidad
- 6) Conciencia de sí mismo
- 7) Movilización colectiva y organizacional
- 8) Capacidad de construir
- 9) Interacción.

5. *Poder en relación con el empoderamiento*¹⁴¹

- 1) Poder sobre las personas que son el instrumento de dominación.
- 2) Poder para generar y producir poder que genera nuevas posibilidades sin dominación.
- 3) Un poder superior que se da por la suma de individuos en especial cuando atacan los diferentes problemas todos juntos.
- 4) El poder individual que cada persona tiene para respetarse y aceptarse a sí mismos y a otros.

¹⁴⁰ *Ibidem*, p. 9.

¹⁴¹ *Idem*.

6. *Empoderamiento en diversos ámbitos*¹⁴²

A. *Educación*

La educación ha sido vista a lo largo de la vida como una cuestión muy importante por medio de la cual la vida de los individuos, en particular las mujeres, puede cambiar determinante-mente. De hecho, la importancia de la educación de las niñas hoy en día es tan protegida que es una de las metas del desarrollo del milenio. Este factor ha sido asociado con la mejora de la calidad de la salud, menores tasas de mortalidad y menores tasas de fertilidad. Por lo tanto, se reconoce que la educación de las niñas es un ingrediente fundamental para producir mujeres empoderadas. Este estudio no pasa por alto que las iniciativas convencionales sobre empoderamiento que proveen educación para niñas y mujeres son problemáticas, pero los dilemas que surjan deberán ser superados.

Las personas del medio artístico tienen una gran responsabilidad social de no limitarse únicamente a entretener sino de educar; coadyuvándose de la academia, funcionarios públicos y de las personas pertenecientes a organizaciones civiles.

B. *Cultura*

En un contexto donde los valores culturales restringen a las mujeres de su habilidad para tomar decisiones estratégicas en su vida, las inequidades estructurales no pueden afrontarse individualmente... sin embargo, las mujeres que individualmente pueden y realizan actos contra estas situaciones por lo general son limitadas y deben pagar altos precios por su autonomía.

La cultura que oprime a la mujer no puede empoderar a la mujer ni desarrollar positivamente a una comunidad o país.

¹⁴² Para elaborar este apartado de la investigación se seleccionó la información más relevante de 15 proyectos de diferentes países contenidos en las páginas del libro de las editoras Cornwall, Andrea y Edwards, Jenny, *Feminisms, Empowerment and Development, Changing Women's Lives, cit.*

Los movimientos sociales a través del tiempo nos han demostrado la importancia de deconstruir los términos e ideas que se han tomado como ciertos; revelando que lo que ha sido entendido como un suceso natural no es nada más que un simple constructo cultural susceptible de ser cambiado. En este sentido, una problemática puede ser focalizada para expandir en lo posible el cambio imaginario de los horizontes que la delimitaban. De esta forma las problemáticas que no habían sido previstas ahora se pueden enfrentar con base en acciones de empoderamiento.

C. Salud y sexualidad

Del proceso del empoderamiento se espera el incremento de las capacidades para hacer decisiones en torno a la integridad corporal para el cuidado individual de la mujer y elevar el cuidado de su salud.

La sexualidad humana es una parte muy importante de nuestras vidas y no es sorprendente que sea muy relevante para la cultura. La pregunta de cómo la sexualidad es presentada es primordial. Claramente la sexualidad puede ser presentada de manera creativa o destructiva. Las mujeres deben ser vistas como sexualmente liberales y no como objetos sexuales.

La sexualidad está presentada de diferentes formas, según se defina el género humano en particular, las identidades singulares y los marcos culturales le dan significado de acuerdo con el momento histórico.

Se presentan situaciones dentro de diversas culturas, como que la mujer debe ser buena, sumisa, humilde y no disponible sexualmente para poder ganarse a un hombre y casarse, mientras que los hombres pueden divertirse con su sexualidad; teniendo múltiples parejas para demostrar que son machos y así sostienen su posición para casarse con una mujer.

La tradición controla a las mujeres y el mercado capitalista da la oportunidad de venderlas como la llamada trata de personas.

El placer sexual es intrínseco al empoderamiento femenino y los silencios que giran en torno a este asunto reflejan una falta

de determinación y voluntad política de los gobiernos. Se debe examinar cuidadosamente cómo se representa el placer sexual. En particular se le debe dar importancia a las conexiones entre representaciones sexuales y a la sociedad a la que se dirigen distinguiéndolas de la moral preestablecida por hombres y mujeres.

La sexualidad actualmente ha sido minimizada por el desarrollo y asociada con las enfermedades, riesgos y daños más que con el placer. La sexualidad ha sido controlada por las dependencias gubernamentales. Si los legisladores emitieran más ordenamientos jurídicos basándose en derechos sexuales positivos, esto podría ser el proceso para generar conductas sexuales placenteras que satisficieran los deseos y aspiraciones de las mujeres brindándoles salud física y mental.

Las académicas argumentan que la sexualidad es vital para el desarrollo y que los derechos sexuales son una precondition para los derechos reproductivos y la equidad de género.

D. *Estatus social*

En este punto se pretende hacer notar cómo pueden realizarse cambios radicales para las mujeres dependiendo del medio social que le ofrezca oportunidades de crecimiento. Si estas mujeres gozan de una red social sólida que les facilite el desempeño de su trabajo podrán empoderarse con mayor facilidad.

E. *Estatus económico*

Este estatus de la mujer en sociedad ha sido identificado como el factor de mayor determinante de un país. Por lo que la importancia del reconocimiento del empoderamiento es crítico para reducir el nivel de la pobreza a nivel del desarrollo nacional e internacional.

Acciones que se deben tomar para lograr el empoderamiento económico de las mujeres:

- 1) Lanzar acciones afirmativas temporales en cuestiones relativas a la economía.
- 2) Reforzar la investigación y la defensa del empoderamiento en diferentes disciplinas (economía, medicina, psiquiatría, psicología, derecho, sociología, trabajo social, etcétera).
- 3) Instruir a las mujeres el contenido de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- 4) Incrementar las facilidades para otorgar micro créditos a las mujeres, proporcionar entrenamiento presupuestal sobre su patrimonio.
- 5) Desarrollar la capacidad que tienen las mujeres para entrenarse en temas de acceso a su capital.

Una vez que se ha introducido a una mujer al mercado laboral con un sueldo remunerado en una comunidad con recursos, sus oportunidades de crear vías de empoderamiento pueden crecer y esto afectará positivamente tanto en forma individual a la mujer como a su sociedad. Lo anterior dependerá del contexto y des-
envolvimiento de la vida de la mujer según la violencia que ésta enfrente.

Los programas de protección social dirigidos a reducir la vulnerabilidad producto de la pobreza y aumentar la resiliencia están siendo difundidos alrededor del mundo. Los programas sociales no sólo necesitan perspectiva de género para ser más efectivos en su rol primario de mitigar la pobreza y la vulnerabilidad, sino que también deben ser las palancas políticas de transformación que permitan a las mujeres en situación de pobreza escapar de su victimización y lograr que éstas ganen el reconocimiento de sus derechos como ciudadanas, ya que desafortunadamente la pobreza ha sido feminizada. Lo antes señalado se debe en ocasiones a que el trabajo de la mujer en casa —si es que tienen un trabajo ya que son limitados para ellas— no entra a las cuentas públicas. Por lo que es poco reconocido y recompensado. Incluso desafortunadamente a las mujeres se les da dinero por cuidar a sus hijos y para que se lo gasten en sus hijos y no en ellas.

Una forma de empoderar a las mujeres alrededor del mundo ha sido la transferencia de dinero en efectivo o el otorgamiento de

tarjetas bancarias, en reconocimiento al trabajo no remunerado, como base de la estructura al valor del trabajo de la mujer.

La pregunta importante no es cuestionarse cuánto gana una mujer sino qué posibilidades tiene con su ingreso. Para abordar este tipo de problemáticas se han diseñado programas para examinar políticas públicas desde una perspectiva de género, por lo que se entrevista a las mujeres individualmente con planteamientos tales como si ha padecido cargas, retos, deseos o aspiraciones (todo empoderamiento debe reconocer estos factores). Este tipo de programas no indican a las mujeres lo que deben hacer con su dinero. Lo que incentivan es a informarlas —a través de funcionarios gubernamentales, trabajadoras sociales u otros— respecto a su capital y que ellas tomen sus propias decisiones. Se realizaron nuevas encuestas a las personas que participaron en los programas y las respuestas fueron positivas a lo deseado por el objetivo de la investigación; la disminución de la violencia doméstica. Un tercio de las mujeres que reportaron previamente haber sido violentadas señalaron que esta situación había terminado. Argumentando que existían menos causas por las cuales pelear. La explicación es la que sigue: el dinero había aliviado el estrés del hogar, las mujeres no tenían que presionar al marido para que les dieran dinero de manera urgente, lo que tuvo como resultado un ambiente más sano en su casa. Se les preguntó que si el dinero los había hecho tomar la decisión de dejar de trabajar y la respuesta sorprendente fue que no, que habían continuado en sus labores. Continuaron trabajando con base en elecciones y no en la desesperación. Pudieron tener esta tranquilidad a partir de la seguridad ofrecida de que mensualmente contarían con su pago. Las mujeres que vendían productos pudieron comprar mejores mercancías para su reventa sin sentir que estaban privando a sus hijos de comida o educación. Debe hacerse notar que para este programa se requirió que los niños fueran a guarderías o a las escuelas mientras las madres trabajaban.

Por ello se debe de subrayar que encargarse del trabajo con menor presión económica contribuye a reducir la violencia doméstica.

La relevancia de la independencia económica de la mujer en su participación de toma de decisiones en el hogar le brinda autonomía, control sobre su propia vida, nuevos valores, actitudes en torno a sus responsabilidades, autoestima y confianza.

Las mujeres no logran empoderarse simplemente enriqueciéndose, pero el dinero es un apoyo básico para enfrentar las desigualdades entre hombres y mujeres.

F. *Leyes y cuotas*

Las mujeres no únicamente quieren tener acceso a los recursos, sino que también quieren tener control sobre los mismos. No únicamente quieren participar en la toma de decisiones a través de las cuotas para mujeres, sino que también buscan gozar plenamente de todos sus derechos como ciudadanas. Las mujeres no quieren simplemente tener una oportunidad en un empleo, sino que requieren ser protegidas en un empleo decente. En tal situación, las mujeres se han venido empoderando, lo que no puede suceder en un sistema de dominación patriarcal.

Las personas que se han preocupado por el empoderamiento legal de las mujeres (activistas, investigadores, funcionarios gubernamentales a través de la administración pública) deben ir más allá de entender las leyes como un puro mecanismo para garantizar los derechos.

En cuanto a las cuotas de género que han sido complementadas con políticas públicas para promover la equidad, se puede decir que éstas han creado una transformación profunda en la estructura de la sociedad en el patriarcado; expandiendo la democracia que igualmente les ha servido como ruta de cambio.

Es importante reconocer que el incremento de número de mujeres dentro de una estructura representativa, no significa el empoderamiento de las mujeres como una colectividad subjetiva o una existencia crítica respecto a la condición subalterna de los mecanismos de garantía para confrontar las estructuras dominantes del patriarcado.

La conciencia popular debe crear medidas para crear el cambio de la movilización política y legal.

G. *Organizaciones no gubernamentales*

Las mujeres necesitan organizaciones no gubernamentales como vehículos colectivos para formular la voz de sus demandas de empoderamiento de comunidades, sociedades, Estados y países.

Para comprender la corriente principal del empoderamiento a través de las organizaciones no gubernamentales, se debe observar que éstas son numerosas y heterogéneas; las mismas pueden representar grandes batallas de conocimiento llenas de contradicciones y luchas por lo que las activistas políticas deben buscar manejar y explotar estas contradicciones para poder resolverlas. Las feministas que trabajan a favor del cambio global social necesitan tener presente que sus organizaciones sean el camino hacia el empoderamiento.

Las estrategias para empoderar a las mujeres necesitan tomar en cuenta el rol que juegan las organizaciones no gubernamentales como mediadoras y canales de la voz de sus demandas; por lo tanto, hay que reconocerlas y apoyarlas apropiadamente.

H. *Políticas públicas*

Las políticas efectivas identifican las oportunidades de turnar discursos dominantes, el hecho de seleccionar el uso de argumentos que sean parte del cambio para planear las reglas que imperan en el patriarcado. Un buen ejemplo es la campaña contra la violencia de las mujeres. Como parte de la campaña, el Banco Mundial en 1993 emitió un Reporte del Desarrollo Mundial, el cual fue utilizado para demostrar que la violencia ha traído costos de salud y económicos, esto permitió que se reconociera el tema como parte de los derechos humanos, lo que representó un avance sustancial de la problemática.

Las políticas públicas deben promover la igualdad para crear una profunda transformación en la estructura del sistema patriar-

cal, y que permitan el empoderamiento de la mujer, lo cual depende de tres factores interrelacionados:

- a) La naturaleza de la sociedad civil y la capacidad de defensa de la equidad de género.
- b) La naturaleza política del sistema y de los partidos políticos.
- c) La naturaleza del poder del Estado, incluida la burocracia estatal.

El aumento de los ingresos salariales dará a las mujeres una gran ventaja de oportunidades para la transformación de su estatus en la sociedad.

Por otra parte, queremos señalar que es muy difícil medir el empoderamiento, no existe ningún método para hacerlo. Debe ser entendido y definido por indicadores que deben abarcar cuestiones de cambios personales, movilidad física, poder de decisión, cambios sociales, acceso a recursos, situación económica y conciencia política y legal.

7. *Indicadores cualitativos y cuantitativos del empoderamiento de las mujeres*¹⁴³

A. *Indicadores cualitativos*

a. *Personales*

- 1) Significado de ser mujer.
- 2) Autoconfianza, entendida como lo que la mujer quiere, lo que expresa y trata de ganarse, se siente orgullosa de ser ella misma y tiene una imagen positiva.
- 3) Tener identidad propia, identificarse con ella misma.
- 4) Identidad comunitaria.
- 5) Articulación.
- 6) Preocupación por su salud.
- 7) Preocupación por su nutrición.

¹⁴³ Sreedhar, Madaka, *Women Empowerment: A Study from Human Rights Perspective*, Alemania, Lap Lambert Academic Publishing, 2014, pp. 4-11, trad., síntesis y adaptación de Mónica Pantoja Nieves.

- 8) Preocupación por sus derechos legales.
- 9) Preocupación por su involucramiento en actividades políticas y de gobierno.
- 10) Menor carga de trabajo.
- 11) Mayor tiempo para disfrutar su vida.
- 12) Cambiar los roles con la familia para que éstos le sean más placenteros.
- 13) Cambiar las actitudes hacia las tradiciones y costumbres de matrimonios en la infancia.
- 14) Cambiar las actitudes hacia las tradiciones y costumbres de matrimonios en la viudez.
- 15) Tener acceso a información, conocimiento y habilidades.
- 16) Tener intención en disminuir la violencia familiar.

b. *Movilidad física*

Se debe preguntar si se le permite a la mujer realizar las actividades en grupo, sola o de ninguna manera. Lo que significa caminar libremente:

- 1) En el pueblo o ciudad.
- 2) En el banco.
- 3) En el correo postal.
- 4) De compras.
- 5) Ir al doctor.
- 6) En el cine.
- 7) Exhibiciones.
- 8) Visitas a familiares.
- 9) Visitas a amistades.
- 10) Visitar a desconocidos.
- 11) Visitas fuera del pueblo o ciudad.
- 12) Recibir amistades en su hogar.

c. *Poder de decisión*

Para que la mujer tenga el poder de decisión en su hogar deberá medir las siguientes cuestiones:

- 1) Tener poder de decisión dentro de la familia sin importar el número de hijos.

- 2) En la educación de los hijos en casa.
- 3) Inscribir a los hijos en escuelas.
- 4) Hacer citas con el doctor.
- 5) Vacunación de los hijos.
- 6) Llevar a los hijos al hospital.
- 7) Llevar a un familiar al doctor o a un hospital.
- 8) Colaborar en una organización no gubernamental.
- 9) Si se le permite cambiar de actitudes en torno a la participación política.

d. *Acceso a recursos*

- 1) Presupuesto de la familia.
- 2) Control sobre los ingresos familiares.
- 3) Involucrarse en generar ingresos dentro del hogar.
- 4) Generar ingresos fuera del hogar de manera independiente.
- 5) Gastar su propio dinero.
- 6) Gastar el dinero de su marido.
- 7) Comprar activos.
- 8) Compraventa de tierras.
- 9) Comprar casas.
- 10) Hacer reparaciones al hogar.
- 11) Comprar joyería.
- 12) Comprar ropa.
- 13) Comprar muebles.
- 14) Comprar electrónicos.
- 15) Comprar utensilios.
- 16) Prestar dinero.
- 17) Pedir prestado dinero.
- 18) Proveer de apoyo económico a sus familiares.

e. *Libertad de dominación familiar*

Para la libertad de la dominación familiar se considera:

- 1) No permitir que sea despojada de su patrimonio.
- 2) Permitirle que visite a toda persona que desee.
- 3) Permitirle que realice el trabajo que desee.
- 4) No permitir abusos físicos ni verbales del marido o familiares.

- 5) No permitir amenazas de divorcio o de que su marido se va a casar con otra persona.

f. *Conciencia política y legal*

- 1) Nombre del presidente de los Estados Unidos Mexicanos.
- 2) Nombre de los secretarios de Estado.
- 3) Nombre del diputado de su Distrito.
- 4) Nombre del delegado.
- 5) Nombre del presidente municipal.
- 6) Conocimiento del Código Civil en lo relativo al matrimonio.
- 7) Conocimiento del Código Civil en lo relativo a divorcios.
- 8) Conocimiento del Código Civil en lo relativo a sucesiones.
- 9) Conocimiento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia.

g. *Participación social y desarrollo*

Participación social y desarrollo de actividades en:

- 1) Campaña por un candidato político.
- 2) Protesta en contra de precios injustos de productos.
- 3) Protesta en contra de divorcios ventajosos.
- 4) Protesta en contra de la violencia de las mujeres.
- 5) Protesta en contra de que a las mujeres se les golpee.
- 6) Protesta en contra el mal uso de artículos de socorro.
- 7) Protesta en contra de la prepotencia de las autoridades.
- 8) Protesta en contra de bajos salarios.

h. *Medios de comunicación*

Exposición a los medios de comunicación:

- 1) Radio.
- 2) Televisión.
- 3) Periódicos.
- 4) Revistas.
- 5) Cortometrajes.
- 6) Películas.

B. *Indicadores cuantitativos*

- 1) Realizar planificación familiar.
- 2) Incrementar la edad en el matrimonio.
- 3) Reducción de la fertilidad.
- 4) Disminución en el número de hijos.
- 5) Decidir el número de hijos.
- 6) Decidir cuándo tener hijos.
- 7) Decidir el espaciamiento de los hijos.
- 8) Decidir abortar.
- 9) Convertirse en beneficiarios de programas de desarrollo.
- 10) Cambios notables en el estatus físico.
- 11) Cambios notables en el estatus nutricional.
- 12) Mejorar el nivel escolar.
- 13) Convertirse en miembro de un partido político.

8. *Derechos humanos en relación con el empoderamiento*

La protección y el respeto de los derechos humanos de niñas y mujeres debe incluirse en toda negociación de paz y se debe implementar en los acuerdos.

El reporte de las Naciones Unidas para el Desarrollo en 1995 señala una agenda de cinco puntos, en los cuales una mujer puede ser empoderada:

- 1) Reformas legales.
- 2) Mejores oportunidades de empleo para las mujeres.
- 3) Un mínimo del 30% de mujeres en la toma de decisiones de las políticas públicas y en puestos de poder en el gobierno.
- 4) Educación universal de las mujeres, mejorar los cuidados reproductivos, incrementar las facilidades de crédito.
- 5) Incrementar mayores oportunidades económicas y políticas en los programas nacionales e internacionales.

II. RESULTADOS Y PROPUESTAS DE LA INVESTIGACIÓN

1. *Resultados*

A pesar del progreso legal, político y el establecimiento de instituciones para promover y proteger los derechos de las mujeres relacionados con el empoderamiento de las mujeres; los tradicionales roles de género, las costumbres y las normas sociales siguen prevaleciendo en el país. Las mujeres continúan enfrentándose con discriminaciones estructurales en diferentes esferas de su vida debido a diversas lagunas jurídicas que se presentan en el sistema legal mexicano, las débiles estructuras de las instituciones y la falta de capacidad humana para implementar nuevas leyes, así como el descuido de conocer las leyes ya existentes dan como resultado pobreza, analfabetismo, matrimonios forzados, inseguridad física y social que caracterizan la vida de las mujeres todos los días.

Debe notarse que el establecimiento de nuevas leyes e instituciones no ha traído como resultado cambios cualitativos en la vida diaria de las mujeres. No únicamente el rapto, la trata de personas, la prostitución, la violación y la violencia son comunes, sino que la cultura del silencio de la propia sociedad permite la impunidad.

No es posible predecir una trayectoria general del empoderamiento, pero cuando las políticas sociales y los proyectos académicos son perfeccionados a la par de los cambios sociales, seguramente se podrá dar apoyo al fortalecimiento del empoderamiento.

Es fundamental cuestionarse por qué ha sido tan difícil que las agendas sobre desarrollo de la paz y género (estándares y políticas) en el ámbito internacional se adapten a los niveles nacionales, estatales y municipales. En otras palabras: ¿por qué se ha generado una brecha tan amplia entre la teoría y la praxis en los niveles nacionales y locales?

Por lo tanto, debemos demostrar que si queremos empoderamiento en la agenda pública debemos demostrar que es importante para el crecimiento del país.

Se debe subrayar que cuando se empodera a una mujer esto no significa que otra mujer deje de tener poder. Al contrario, las competencias sobre toma de decisiones que desarrolle la mujer empoderada van a influir en el comportamiento de su familia, vecinos y comunidad. Los efectos del empoderamiento van a crear un multiplicador social y se va a ir creando un poder mayor al poder individual. Lo que indica que una mujer es una persona y un grupo de mujeres son un gran poder,¹⁴⁴ pero se debe ganar una batalla cultural.¹⁴⁵

Se debe afirmar que las potencialidades del empoderamiento todavía tienen un gran potencial de crecimiento insospechado y afortunadamente se tiene un compromiso para que este proceso se vaya difundiendo.

*Una mujer consciente del empoderamiento no permitirá conductas destructivas en su ser, por lo que esta arma preventiva es vital brindarla a toda mujer en contra de la violencia familiar.*¹⁴⁶

El empoderamiento de la mujer de todas las condiciones sociales es básico para contrarrestar la violencia familiar, ya que la familia representa —entre otros muchos aspectos— el espacio de convivencia entre las personas que la integran, ya sean parientes o no. En ella se aprenden los valores, hábitos y costumbres que moldearán el desarrollo de las personas desde su nacimiento.

2. Propuestas de la investigación

- 1) Multiplicar las políticas públicas en torno al empoderamiento para las mujeres, cualquiera que sea su condición social.
- 2) Implementar y sobre todo *dar seguimiento*¹⁴⁷ a los lineamientos del empoderamiento en las diversas esferas gubernamentales. (SSA, institutos nacionales de salud, Inmujeres, etcétera).
- 3) Reforzar los esfuerzos académicos por dar a conocer el tema del empoderamiento. Se propone incluir un módulo dedicado a la

¹⁴⁴ *Ibidem*, p. 13.

¹⁴⁵ Comentario del doctor Miguel Carbonell en el marco del X Diplomado sobre el derecho a la no discriminación, *Análisis de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*, 2 de octubre de 2014.

¹⁴⁶ Cursivas insertadas por la autora.

¹⁴⁷ Cursivas insertadas por la autora.

enseñanza del empoderamiento en diversos ámbitos: educación, cultura, salud y sexualidad, estatus social, estatus económico, participación política, políticas públicas, organizaciones no gubernamentales).

- 4) Introducir en los planes de estudio de primarias, secundarias, preparatorias y universidades privadas y públicas que profesen cualquier religión el tema del empoderamiento.
- 5) Dar capacitación sobre empoderamiento a las mujeres que laboran en la industria privada.
- 6) Creación de redes sociales que permitan a la mujer visualizarse como personas empoderadas.

III. FUENTES CONSULTADAS

1. Bibliográficas

CORNWALL, Andrea *et al.*, *Feminisms, Empowerment and Development, Changing Women's Lives*, Londres, Zed Books, 2014.

GUILLÉ TAMAYO, Margarita y LÓPEZ BLAS, Belegui, *Guía para la autonomía, empoderamiento y autogestión de necesidades de mujeres en zonas rurales e indígenas*, México, Secretaría de Reforma Agraria Formar-Red Nacional de Refugios, 2009.

SREEDHAR, Madaka, *Empowerment of Women through Self Help Groups. A Study in Anantapur District of Andhra Pradesh*, Alemania, Lap Lambert Academic Publishing, 2013.

———, *Women EMPOWERMENT: A Study from Human Rights Perspective*, Alemania, Lap Lambert Academic Publishing, 2014.

VALDEZ SANTIAGO, Rosario (coord.), *Políticas públicas para el empoderamiento de las mujeres indígenas. Evaluación del acuerdo de colaboración CDI-ONU Mujeres en el marco del PAIGPI*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.

2. Electrónicas

SUPREMA CORTE de Justicia de la Nación, <http://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematical/PaginasPub/TematicaPub.aspx>.

DOCUMENTOS DE trabajo XIII Diplomado sobre Violencia Familiar

- y Derechos Humanos <http://www.juridicas.unam.mx/inst/eva-cad/eventos/2014/0307/documentos.htm>.
- ONU MUJERES Poner fin a la violencia contra las mujeres, <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women>.
- CONVENCIÓN SOBRE la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>.
- DOCUMENTOS BÁSICOS del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, http://www.oas.org/es/cidh/mandato/documentos_basicos.asp.
- CONVENCIÓN INTERAMERICANA para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>.
- MODELO INTEGRADO para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual-Manual operativo, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/ModeloIntegrado_para_Prevencion_Atn_Violencia_familiar_y_se.pdf.
- CENTRO DE DOCUMENTACIÓN e Información en Psiquiatría y Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, <http://www.inprf.gob.mx/ensenanza/cdipsm.html>.
- INSTRUMENTO PARA MEDIR el empoderamiento de las mujeres, Inmujeres, http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101158.pdf.
- REAL ACADEMIA de la Lengua Española, *Diccionario de la Lengua Española*, 22a. ed., Madrid, Esta obra está en proceso de adaptación a la *Nueva gramática de la lengua española* (2009) y a las normas de la nueva edición de la *Ortografía de la lengua española* (2010), www.rae.es/recursos/diccionarios/drae.

Derechos de las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA. La mujer y el VIH/ SIDA en México, editado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM y el Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México, se terminó de imprimir el 26 de septiembre de 2016 en los talleres de Litografía Visual, S. A. de C. V. Melchor Dávila 108, colonia Ampliación Miguel Hidalgo, 2da. Sección, delegación Tlalpan, 14250 Ciudad de México. Se utilizó tipo *Adobe Garamond Pro* en 9, 11, 13, 14 y 16 puntos. En esta edición se empleó papel cultural 57 x 87 de 90 gramos para los interiores y cartulina couché de 250 gramos para los forros; consta de 1000 ejemplares (impresión *offset*).

En el marco de la conmemoración del Centenario de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM y el Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México de la Secretaría de Cultura presentan la actualización de la serie Nuestros Derechos con el propósito de contribuir al conocimiento de nuestra Carta Magna, de las leyes, así como de nuestros derechos y obligaciones.

La serie Nuestros Derechos busca que los lectores conozcan tanto los derechos contenidos en la Constitución como en los instrumentos internacionales que nuestro país ha firmado, para identificar cuáles son los procedimientos previstos en la ley y, en su caso, saber ante qué instancias se puede solicitar el asesoramiento necesario para ejercer sus derechos.

