

**MEMORIA DEL
SEGUNDO CICLO DE CONVERSATORIOS
“HACIA UN EJERCICIO PLENO
DE LOS DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES
EN LA CIUDAD DE MÉXICO”**

Del 28 de septiembre al 1 de octubre de 2020



**GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**



**INSTANCIA EJECUTORA DEL SISTEMA
INTEGRAL DE DERECHOS HUMANOS**

ÍNDICE

Introducción	Página 3
Aspectos generales del evento	Página 5
Programa	Página 7
Inauguración	Página 9
Mesa 1 “Mujeres Mayores”	
Principales aportaciones	Página 11
Mesa 2 “Mujeres Privadas de la Libertad”	
Principales aportaciones	Página 13
Mesa 3 “Violencia Obstétrica”	
Principales aportaciones	Página 16
Mesa 4 “Esterilización Forzada”	
Principales aportaciones	Página 19
Mesa 5 “Adolescentes”	
Principales aportaciones	Página 22
Recomendaciones Generales	Página 26
Conclusiones	Página 30
Referencias	Página 31

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, se realizó el Primer Ciclo de Conversatorios “Hacia un Ejercicio Pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en la Ciudad de México”, organizado por la Instancia Ejecutora del Sistema Integral de Derechos Humanos (IESIDH), con la participación de la Secretaría de Salud (SEDESA), Secretaría de Inclusión y Bienestar Social (SIBISO), Secretaría de las Mujeres (SEMujeres) y el Centro Comunitario de Atención a la Diversidad Sexual (CCADS). Se conformaron paneles de personas expertas y se abordaron las siguientes temáticas: Interrupción Legal del Embarazo, Mujeres con Discapacidad, Lesbianas y Mujeres Bisexuales, y Mujeres que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

En este primer ciclo de conversatorios, se contó con la participación de 110 personas, la mayoría servidoras públicas, personal médico y de enfermería de la Secretaría de Salud y Servicios de Salud Pública, teniendo como primer resultado la realización de mesas de trabajo internas en la SEDESA para la revisión de sus instrumentos normativos, particularmente los Lineamientos para la Interrupción Legal del Embarazo y los programas de capacitación sobre derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

Con el objetivo de seguir fortaleciendo estos ejercicios participativos y colaborativos, la IESIDH impulsó el Segundo Ciclo de Conversatorios, realizado del 28 de septiembre al 1 de octubre de 2020, en el marco del Día Internacional de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres, con el propósito de identificar y visibilizar las problemáticas que enfrentan las mujeres desde enfoques diferenciales para poder acceder a sus derechos.

En ese sentido, esta memoria recopila las principales aportaciones y recomendaciones de personas expertas representantes de la sociedad civil, academia e instancias de gobierno que participaron en las cinco mesas llevadas a cabo, identificando áreas de oportunidad para seguir promoviendo y avanzando en el ejercicio y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

JUSTIFICACIÓN

La Instancia Ejecutora del Sistema Integral de la Ciudad de México, como órgano técnico especializado para garantizar el cumplimiento y la progresividad de los derechos humanos, ha ido fortaleciendo espacios de participación para la generación de políticas públicas que integren transversalmente el enfoque de derechos humanos, impulsando el cumplimiento de las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar estos derechos, como lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como la Constitución Política de la Ciudad de México, en la que además, son reconocidos los derechos sexuales y reproductivos, en su artículo 6º, incisos E y F.

El reconocimiento de estos derechos es fundamental porque se trata de aspectos inherentes y esenciales en la vida de todas las personas, siendo tal la importancia que en los últimos años han surgido diversos movimientos que han promovido exigencias sobre la igualdad de género, el respeto a la diversidad sexual, la interrupción legal del embarazo, la libertad para decidir sobre el propio cuerpo, la educación sexual, así como servicios integrales de salud reproductiva e información sobre reproducción asistida, entre otros.

Estas exigencias responden a condiciones que se pueden visualizar en indicadores como: La tasa de embarazos adolescentes que en la Ciudad de México que es de 12.2%¹; 36.5% de las mujeres que vivieron un embarazo o más durante el periodo 2011 – 2016 reportaron haber sufrido violencia obstétrica²; hasta 2012, el índice de mortalidad materna era de 40.1 por cada 100 nacimientos vivos; el 22.4% de las mujeres en edad fértil y sexualmente activas de entre 15 y 49 años declararon que sus parejas hombres participaron activamente en la planeación o prevención de embarazos; y el 8.1% de personas adolescentes manifestaron no tener cubierta la necesidad de anticonceptivos.

Los datos anteriores reflejan que en la Ciudad de México hay aspectos por trabajar, incluyendo la generación de datos con un enfoque estadístico basado en los derechos humanos (HRBAD, por sus siglas en inglés)³, el cual considera una serie de principios para la generación de información estadística, como la participación, la transparencia, la rendición de cuentas, la privacidad, la autodeterminación, así como un elemento clave que es el desglose de datos, cuyo objetivo es visibilizar las situaciones de desigualdad y discriminación, integrando categorías como el sexo, la edad, la etnia, la condición migratoria o de desplazamiento, la discapacidad, la religión, el estado civil, el ingreso, la orientación sexual y la identidad de género.

Ante la falta de información estadística con enfoque en derechos humanos, resulta esencial promover la realización de mesas de trabajo y conversatorios con instancias, sociedad civil, personas especialistas y la ciudadanía, con el objetivo de identificar información relevante para el establecimiento de acciones que promuevan el acceso a los derechos vinculados con la salud de las mujeres, incluyendo a aquellas cuyas condiciones sociales las sitúan en grupos de atención prioritaria, como es el caso de las mujeres mayores y las mujeres privadas de la libertad.

La Ciudad de México se encuentra a la vanguardia en el ejercicio de los derechos de las mujeres. Sin embargo, es necesario seguir trabajando para que los avances normativos y de política pública se materialicen plenamente en las diversas realidades que viven las mujeres en la capital del país, impulsando ejercicios de diálogo y participación como el Segundo Ciclo de Conversatorios “Hacia un Ejercicio Pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en la Ciudad de México”, realizado del 28 de septiembre al 1 de octubre de 2021, en el marco de los 16 días de activismo contra la violencia de género.

1 Embarazos adolescentes por entidad. GIRE. Disponible en: Gire.

2 Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). INEGI. Disponible en: Mexico - Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 (inegi.org.mx)

3 Enfoque de Datos Basado en Derechos Humanos. ACNUDH. Disponible en: GuidanceNoteonApproachtoData_SP.pdf (ohchr.org)

ASPECTOS GENERALES DEL EVENTO

Personas Responsables

Secretario Ejecutivo del Mecanismo de Seguimiento y Evaluación del Programa de Derechos Humanos de la Ciudad de México

Froylán Vladimir Enciso Higuera.

Titular de la Subdirección de Políticas de Transversalización

Claudia Alejandra Quiroz Flores.

Coordinadoras de la Actividad

Daniela López Trujano, Cesiah Verónica Alberto Alcaraz.

Objetivo General

Fomentar el diálogo entre autoridades de gobierno y organizaciones de sociedad civil, para la identificación de problemáticas que enfrentan las mujeres mayores, mujeres privadas de la libertad y adolescentes, respecto al acceso a sus derechos sexuales y reproductivos en el sector salud, analizando aspectos particulares como la violencia obstétrica y la esterilización forzada.

Objetivos Específicos

- Conocer las experiencias y retos del acceso a la atención médica de las mujeres mayores, mujeres privadas de la libertad y adolescentes residentes en la Ciudad de México.
- Identificar las áreas de oportunidad en la prestación de los Servicios de Salud Pública para el diseño de políticas públicas para la prevención y erradicación de la violencia obstétrica y la esterilización forzada.

Fecha de realización

Del 28 de septiembre al 1 de octubre de 2020.

Metodología del evento

Se trató de un evento virtual, realizado en la plataforma “Zoom” y transmitido de forma simultánea en las redes sociales de la IESIDH: YouTube y Facebook.

Se realizó una inauguración y cinco mesas con especialistas en los diversos temas. La conversación fue detonada a partir del planteamiento de 3 preguntas clave por parte de la persona moderadora de cada mesa. Cada especialista tuvo de 2 a 3 minutos para presentar sus argumentos.

Se puede acceder al desarrollo del evento por medio de las siguientes ligas electrónicas:

Inauguración: <https://www.facebook.com/watch/?v=1511236285753864>

Mesa 1: <https://www.facebook.com/watch/?v=1267080736970420>

Mesa 2: <https://www.facebook.com/watch/?v=382593082901681>

Mesa 3: <https://www.facebook.com/watch/?v=714213379162474>

Mesa 4: <https://www.facebook.com/watch/?v=663592434570292>

Mesa 5: <https://www.facebook.com/watch/?v=374502190660731>

Instituciones participantes

Instancia Ejecutora del Sistema Integral de Derechos Humanos de la Ciudad de México (IESIDH).

Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA).

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México (DIF CDMX).

Sistema Penitenciario de la Ciudad de México.



PROGRAMA⁴

Inauguración 28 de septiembre

Palabras de bienvenida de parte de las siguientes personas representantes institucionales:

1. **Esthela Damián Peralta**, Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México.
2. **Antonio Hazael Ruíz Ortega**, Subsecretario del Sistema Penitenciario de la Ciudad de México.
3. **Jovita Osornio Hernández**, Coordinadora General de Fundación Tagle IAP.
4. **Claudia Alejandra Quiroz Flores**, Subdirectora de Diseño y Seguimiento Participativo de Políticas de Derechos Humanos de la IESIDH.
5. **Ricardo Arturo Barreiro Pereira**, Director General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
6. **Ana Rosa Arias Montes**, Coordinadora del Área de Gerontología del Instituto para el Envejecimiento Digno.

Mesa 1 “Mujeres Mayores” 28 de septiembre

Contó con la participación de las siguientes panelistas:

1. **Jovita Osornio Hernández**, Coordinadora General de Fundación Tagle IAP.
2. **Ana Rosa Arias Montes**, Coordinadora del Área de Gerontología del Instituto para el Envejecimiento Digno.
3. **Haideé Mata Juárez**, Coordinadora del Grupo Mujeres Mayores de 30, Activista y escritora.
4. **Moderó: Mariana Aguilera Marquina**, Secretaria Técnica en el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México.

Mesa 2 “Mujeres Privadas de la Libertad” 29 de septiembre

Contó con la participación de las siguientes personas:

1. **Magali Morales Bonilla**, Jefa de Unidad Departamental de Diagnóstico y Determinación de Tratamiento.
2. **Sofía González Talamantes**, Coordinadora del Programa del Sistema Penitenciario y Reinserción Social de Documenta, A. C.
3. **Verónica Montoya González**, Doctora en Ciencias Políticas y Sociales.
4. **Luis Raúl Jiménez Mújica**, Director de los Servicios Médicos Generales en Centros de Readaptación Social de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
5. **Ari Vera Morales**, Presidenta de Almas Cautivas AC e Integrante de la Asamblea Constitutiva de COPRED.
6. **Moderó: Perla Hernández Santos**, Maestra en Derechos Humanos.

⁴ Para el desarrollo de todas las mesas se contó con la participación de personas intérpretes de Lengua de Señas Mexicana.

Mesa 3 “Violencia Obstétrica” 30 de septiembre

Contó con la participación de las siguientes personas:

1. **Karen Luna**, Coordinadora del Área de investigación de GIRE, A.C.
2. **Zamir Fajardo Morales**, Tercer Visitador General de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.
3. **Mercedes Campiglia Calveiro**, Consultora de Naciones Unidas en temas de Atención al Nacimiento en México.
4. **Jounnet Gil Márquez**, Responsable de la Coordinación Operativa de Salud Sexual y Reproductiva en la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México.
5. **Moderó: Karla Alegría Martínez Roa**, Jefa de Unidad Departamental en la Dirección de Igualdad y Diversidad adscrita a la SIBISO.

Mesa 4 “Esterilización Forzada” 1 de octubre

Contó con la participación de las siguientes personas:

1. **Eva Alcántara Zavala**, Profesora e Investigadora adscrita al Departamento de Educación y Comunicación en la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.
2. **Cinthia Lauren**, Presidenta y Fundadora de Trisomía 21, México A.C.
3. **Indira López Cardona**, Representante de la Coalición de Personas Sordas de la Ciudad de México.
4. **Beatriz Mayen Hernández**, Directora de Acciones para erradicar la Discriminación de la Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México.
5. **Ricardo Arturo Barreiro Ferreira**, Director General de Prestación de Servicios Médicos de Urgencias de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
6. **Moderó: Sandra Edith López Cañedo**, Directora del Centro Comunitario de Atención a la Diversidad Sexual de la Ciudad de México.

Mesa 5 “Adolescentes” 1 de octubre

Contó con la participación de las siguientes personas:

1. **Shell Josué Morales**, Activista LGBTTTIQ+, Coordinador Nacional del Programa Base Grupo de Jóvenes LGBT+ México.
2. **Alba Martínez Alcántara**, Responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.
3. **Humberto Jaramillo Guzmán**, Director Ejecutivo de Apoyo a las Niñas, Niños y Adolescentes del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México.
4. **Sofía Alessio Robles**, Coordinadora Nacional de Redefine México, en el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir.
5. **Beatriz Saavedra**, Presidenta de la Fundación por las Voces de la Infancia y Género.
6. **Antonio Morales Gómez**, Responsable de Violencia de Género del Área de Servicios de Salud.
7. **Moderó: Mariana Hernández Flores**, Colaboradora de la Instancia Ejecutora del Sistema Integral de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

INAUGURACIÓN

Aportaciones sobresalientes de la inauguración:

Esthela Damián Peralta

Es necesario reconocer la importancia de este tipo de conversatorios, ya que entre los derechos fundamentales de todas las personas se encuentran los sexuales y reproductivos, como el derecho a recibir información clara y oportuna acerca de la sexualidad, el acceso a servicios de salud adecuados, la libertad de decidir sobre la maternidad, entre otros, que, si bien se encuentran reconocidos en instrumentos jurídicos, en la práctica siguen existiendo limitantes para su ejercicio.

El embarazo a edades tempranas es una de las expresiones de estas limitantes, ya que esta problemática puede impactar negativamente en el sano desarrollo físico, mental y profesional de niñas y adolescentes que tienen que enfrentarse a la maternidad por motivos como la falta de información y de educación sexual integral, la carencia de servicios de salud amigables, la ausencia de campañas de información preventivas, así como las prácticas culturales machistas, violencia y marginación.

Por ello es imprescindible desarrollar estrategias de prevención del embarazo a temprana edad, que integren herramientas pertinentes y accesibles, en condiciones de igualdad y no discriminación.

Antonio Hazael Ruíz Ortega

El Sistema Penitenciario de la Ciudad de México cuenta con dos centros femeniles en los que, hasta 2020, se encontraban 1519 mujeres privadas de la libertad. En este contexto, se asumen las obligaciones para que, en coordinación con la Secretaría de Salud y el DIF de CDMX, se garanticen las condiciones para que la población de estos centros pueda ejercer su derecho al ejercicio de su sexualidad.

Será fundamental atender todas las recomendaciones que surjan de estos foros para lograr el pleno cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres privadas de su libertad en la CDMX.

Jovita Osornio Hernández

La Fundación Tagle desarrolla un modelo de atención comunitaria para la salud que atiende a más de 160 personas en situación de pobreza, por lo que en representación de la Alianza de Organizaciones de Personas Mayores (REDAM), y del Secretariado Nacional Capítulo México de la Federación Iberoamericana para Personas Mayores, se reconoce y resalta la importancia de transmitir las experiencias desde las organizaciones de la sociedad civil sobre este tema, así como considerar todas las aportaciones de las personas participantes de este conversatorio.

Claudia Alejandra Quiroz Flores

Desde la IESIDH es esencial seguir articulando redes para este Segundo Ciclo de Conversatorios, por lo que se agradece el ánimo colaborativo, que permite seguir generando el diálogo entre las instancias gubernamentales y la sociedad civil.

Estos conversatorios surgieron en 2019, contando con la participación de la Secretaría de las Mujeres de la

Ciudad de México, la Secretaría de Gobierno, la Secretaría de Salud, así como la Secretaría de Desarrollo Social de la Ciudad de México. Se abordaron las temáticas de Interrupción Legal del Embarazo; Mujeres con Discapacidad; Salud Integral de Lesbianas y Mujeres Bisexuales y, Mujeres con VIH e ITS.

Como primer resultado de estos conversatorios, en la Secretaría de Salud se llevaron a cabo mesas de trabajo para la modificación de reglamentos y protocolos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la CDMX, por lo que la colaboración y la disposición para incorporar las recomendaciones emanadas de estos ejercicios de participación, es algo digno de celebrarse.

Ricardo Arturo Barreiro Pereira

La Secretaría de Salud ha impulsado temas como la interrupción legal del embarazo, la prevención y atención a la violencia obstétrica, así como el modelo de partería que parte de una perspectiva de desmedicalización, para romper la lógica del modelo hegemónico de salud. Se busca reconocer y recuperar saberes y prácticas que promuevan un acceso equilibrado, justo y pleno al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Históricamente, el modelo medicalizado obstétrico ha generado una serie de violencias, cuya erradicación requiere incidir en la formación del personal médico para integrar en la atención, aspectos como derechos humanos y perspectiva de género, partiendo desde las diferencias, para fomentar una ética social diferente. Estos conversatorios permiten reconocer todos los derechos humanos de las mujeres, por lo que la SEDESA asumió el compromiso de considerar todas las aportaciones de la sociedad civil e incorporar elementos autocríticos para una mejora constante, así como la transversalización de la perspectiva de género en todos los niveles de atención.

Ana Arias

Es fundamental visibilizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas mayores, particularmente las mujeres, ya que muchas veces se desvincula la sexualidad de la vejez. Este espacio resulta sumamente relevante para empezar a posicionar en la opinión pública estos temas, hablando desde una perspectiva que reconoce muchas formas de envejecer e incorpora el enfoque de derechos humanos.



MESA 1 “MUJERES MAYORES”

Las preguntas detonadoras de la conversación, permitieron destacar las siguientes aportaciones:

Pregunta 1 ¿Qué mitos y estereotipos construyen una figura asexual de las mujeres mayores?

La sexualidad de las mujeres mayores es un tema invisibilizado completamente, pues la sociedad tiene una imagen de las personas mayores vinculada a un constructo social del envejecimiento en el que se relaciona a la vejez con la improductividad, dentro de un contexto capitalista en el que la productividad es esencial.

Dentro de la sociedad también impera un modelo hegemónico de belleza y éxito en el que estas categorías se vinculan con la juventud, la funcionalidad física plena y una economía holgada, propiciando ideas generalizadas de que las mujeres mayores no “cumplen” con estas características, pues son asociadas a situaciones negativas y, en consecuencia, alejadas de la sexualidad.

Es así como se estigmatiza a las personas mayores, asignándoles características negativas que desvirtúan las realidades del proceso de envejecimiento y que se alejan del concepto de salud sexual, pues este implica un estado de bienestar físico, emocional y mental, según la OMS, por lo que resulta fundamental partir de lo qué significa la sexualidad para las personas mayores e ir particularizando el contexto de las mujeres.

Persisten otros mitos como el rol de reproducción o procreación reconocido como una obligación de las mujeres, así como las ideas de que la sexualidad no debe ser un asunto público, sino privado y que, además, tiene un límite cronológico.

Los mitos y estereotipos sobre la sexualidad, adquieren una connotación particular cuando se suman aspectos como el ser mujer, ser mayor, así como ser lesbiana o pertenecer a un pueblo originario, pues en las instituciones de salud pública no existe un enfoque interseccional que considere la diversidad de las personas.

Pregunta 2 ¿Cuáles son los retos de salud sexual que pueden enfrentar las mujeres al atravesar por el proceso de envejecimiento?

El desconocimiento y la limitación de cualquier práctica sexual, son grandes retos que se generan a partir de la concepción social del envejecimiento y la sexualidad como contradictorios, cuando en realidad se trata de elementos que se vinculan de forma diversa. A esto se suma el hecho de que lo sexual sigue siendo un tabú.

Por otro lado, es importante hacer visible que existen muchas formas de vivir la vejez, se vive de forma distinta en contextos urbanos, en pueblos originarios, etc. Esto implica que también existen formas diversas de manifestación de las violencias, los prejuicios sociales, las carencias económicas, la pérdida de capacidades motoras, las discapacidades, los estados de salud, entre otros aspectos.

Las limitaciones que las mujeres mayores tienen respecto al ejercicio de su sexualidad están permeadas cultural y socialmente, pues han emanado del sistema patriarcal que las ha limitado durante todo su proceso de vida, es decir, el sistema ha limitado a las mujeres para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos a través del control de sus cuerpos desde su nacimiento, hasta la muerte.

Pregunta 3 ¿Cómo afecta a las mujeres mayores la visión de la sexualidad estrictamente reproductiva y por qué es importante cambiar este paradigma?

La visión de la sexualidad estrictamente reproductiva impacta de manera significativa en la autoestima de las mujeres mayores, pues la autoimagen se construye a partir de lo que la familia, la comunidad y la sociedad asume como obligación, por lo que, al no poder cumplir con esto, la salud mental se ve afectada, ocasionando un alto índice de depresión en esta población.

Además, la llegada de la menopausia se equipara con la finalización de la vida sexual, lo cual no solo tiene un impacto en las mujeres, sino que permea en las construcciones culturales, creando paradigmas que deben ser superados, pues incluso la atención médica, la educación y otras instituciones asumen estas posturas.

Actualmente, prevalece la idea de que la reproducción es una función de las mujeres y quien no la cumple, no puede considerarse una mujer “completa” o “digna”, porque la sexualidad ya no tiene cabida en la vejez. Esto refleja un panorama que debe considerarse como trágico, en el que el Estado debe asumir la responsabilidad para cambiar este paradigma que sigue siendo alimentado por los medios de comunicación y diversas prácticas sociales, por lo que la lucha por los cambios culturales debe seguir latente desde diversos espacios.



MESA 2 “MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD”

De la mesa 2 destacan las siguientes aportaciones:

Pregunta 1 ¿Qué retos existen en la atención ginecológica de las mujeres privadas de la libertad?

Para poder hablar de los retos en la atención ginecológica de las mujeres privadas de la libertad es importante conocer el contexto nacional y local. En México existen 309 penales, de los cuales sólo 22 están destinados exclusivamente para mujeres y, en su mayoría, han sido adaptados y no creados para este fin, por ello no terminan por cumplir plenamente con la infraestructura mínima necesaria. Además, existen 100 penales mixtos en los que las mujeres comparten los espacios de salud con la población mayoritaria que son hombres.

En la Ciudad de México, solamente el 5% de la población privada de la libertad son mujeres, lo que ha generado mayor vulnerabilidad, ya que enfrentan muchas barreras que, desde organizaciones de la sociedad civil como Documenta AC, se han podido identificar como:

- Falta de infraestructura para una atención adecuada a sus necesidades en temas de salud.
- Las prisiones fueron pensadas y construidas por y para hombres.
- No se garantiza que el personal de custodia sea femenino debido a aspectos como la falta de presupuesto.
- Al no contar con infraestructura suficiente, muchas veces las mujeres privadas de la libertad se encuentran en anexos o pabellones, lo que las expone a mayores riesgos de sufrir violencia sexual.
- Dentro de algunos de los centros de readaptación social femeninos no se cuenta con los espacios necesarios para tener visitas íntimas, por lo que se llevan a cabo en otros espacios que no siempre cumplen con las características adecuadas.
- Existe una falta de atención médica especializada.
- Las mujeres no reciben servicios básicos como toallas femeninas, de manera que las familias asumen esos insumos básicos, sin poder solventarlos en muchas ocasiones.
- La valoración médica al ingresar no se realiza de manera integral y adecuada.
- Las mujeres son invisibilizadas en el sistema penitenciario y sus derechos sexuales y reproductivos aún más.

Además, las mujeres dentro de los centros penitenciarios son diversas, pues son habitados por mujeres mayores, mujeres de la diversidad sexual y mujeres que son madres, por lo que también hay población infantil, cuyas necesidades deben ser cubiertas considerando la particularidad de sus requerimientos, ya que no se trata de un conjunto homogéneo.

En los centros penitenciarios también se encuentran mujeres y hombres trans con problemáticas muy particulares que pocas veces son consideradas por las instancias gubernamentales. Entre estas problemáticas se puede identificar que, previo a su ingreso, la mayoría lleva un tratamiento médico muy específico que es interrumpido, pues no suele haber un acercamiento a los servicios de salud dentro de los centros penitenciarios para abordar este tipo de situaciones, debido a que el personal no cuenta con las herramientas básicas de derechos humanos para atender a población trans, lo que deriva en actos de discriminación. Es necesario que el personal de los centros penitenciarios cuente con herramientas para la atención a la salud sexual de la comunidad trans.

Pregunta 2 ¿Cómo estas características y estas condiciones influyen en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el interior de los centros?

El 2004 se destinó en la Ciudad de México el Centro Femenil de Reinserción Social de Santa Martha Acatitla para uso exclusivo de mujeres en reclusión, sin embargo, no se construyeron, ni adaptaron espacios para que las mujeres que son madres, pudieran vivir con sus hijas e hijos dentro del Centro, de manera que muchos aspectos se han ido adaptando de acuerdo con las necesidades cotidianas.

Dado que no existe un presupuesto destinado específicamente para cubrir los recursos básicos como toallas sanitarias, a pesar de haber sido solicitado y gestionado constantemente, este tipo de necesidades han sido solventadas por las familias y a través de donaciones de organizaciones de la sociedad civil y empresas.

El Gobierno de la Ciudad de México ha establecido unidades para atender los requerimientos de las poblaciones de atención prioritaria, lo que incluye la atención a personas de la comunidad LGBTTTI+, así como mujeres pertenecientes a pueblos originarios. Se cuenta con un expediente de salud de cada persona desde su ingreso, lo cual permite a la Secretaría de Salud integrar toda una base de datos para considerar en la planeación, todo lo necesario para que tengan un seguimiento durante su estancia en el centro y aún después de su salida, en caso de ser necesario.

A pesar de todos los esfuerzos realizados, desde la sociedad civil se siguen identificando situaciones que impactan negativamente en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, un ejemplo de esto es la deficiencia y ausencia en la recopilación de datos con perspectiva de género, que a su vez deriva en la falta de presupuestos etiquetados y con enfoque de derechos.

Si bien, muchos de los servicios que las mujeres privadas de la libertad requieren para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos son cubiertos por su familia o redes más próximas, conformadas principalmente por otras mujeres, en muchos otros casos, las mujeres al interior de los centros, no cuentan con personas o redes de apoyo, generando situaciones de abandono.

Las condiciones en las que viven las mujeres privadas de la libertad son determinantes para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, muchas veces el ejercicio de estos derechos se condiciona, como es el caso de las visitas íntimas, que se otorgan solamente a quienes se considera que han tenido un buen comportamiento o bien, dependen de una serie de trámites complejos que son responsabilidad exclusivamente de las mujeres.

Además, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos también depende en gran medida de la información sobre estos, que suele ser deficiente, nula, escasa o inadecuada, por lo que hay una gran necesidad de actividades de promoción del ejercicio de la sexualidad como un derecho, no solo hacia las mujeres privadas de la libertad, sino también hacia el personal de los centros de reinserción social, ya que persisten una serie de mitos y tabús que se expresan en la vida cotidiana.

Por otro lado, la maternidad en prisión sigue siendo una situación compleja, pues el problema no se resuelve solamente decidiendo si las y los niños se quedan o no con su madre, sino que requiere que se otorguen las condiciones que permitan que quienes decidan hacerlo, lo realicen en ambientes de respeto a su dignidad y la de las infancias.

En el caso de las personas trans privadas de su libertad, no están accediendo a su tratamiento de sustitución hormonal, ni a muchos otros servicios de gran importancia, lo que muchas veces genera que estos sean cubiertos dentro de las propias celdas, como es el caso del acceso a tratamientos de reafirmación de género mediante procedimientos no legales para modificar sus cuerpos, lo que deriva en complicaciones en su salud sexual.

Pregunta 3 ¿Cuáles son las acciones que permiten el ejercicio de la sexualidad y el acceso a la información y métodos anticonceptivos o métodos de protección para las mujeres privadas de la libertad?

De acuerdo con información del Sistema Penitenciario, en la CDMX se brindan servicios que permiten que las mujeres privadas de la libertad tengan información y conozcan cómo pueden acceder a estos, considerando todos los ámbitos de su vida. Estos servicios también son otorgados por organizaciones de la sociedad civil con quienes se ha trabajado en alianza a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Los programas de la Secretaría de Salud son permanentes en los centros de reinserción social, están siempre al alcance de las mujeres privadas de la libertad y se llevan a cabo por personal médico, de trabajo social, de psicología, pediatría y psiquiatría. Se busca que exista abasto suficiente de métodos anticonceptivos, principalmente el condón masculino, el cual está a disposición de quienes lo soliciten.

Desde SEDESA se han hecho esfuerzos para brindar acompañamiento médico, pero también psicológico con el propósito de dar un seguimiento integral que permita que la atención a la salud de las mujeres se ajuste a las necesidades que derivan de la situación de privación de la libertad, lo que también funciona como una medida de prevención de trastornos psicológicos y de comportamientos que pudieran derivar en actos violentos.

Es necesario generar mecanismos centrados en la población, a través de estrategias que permitan que las mujeres privadas de la libertad y el personal de los centros, se apropien de los programas de sensibilización o capacitación que se les brindan.

Finalmente, resulta imprescindible comprender que no realizar ajustes razonables en las políticas penitenciarias dirigidas a las mujeres privadas de la libertad en toda su diversidad es un acto discriminatorio y, en consecuencia, es una omisión por parte del Estado, respecto al cumplimiento de sus obligaciones constitucionales en temas de derechos humanos.



MESA 3 “VIOLENCIA OBSTÉTRICA”

Las principales contribuciones de la mesa 3 son:

Pregunta 1 ¿Cómo viven actualmente las mujeres en la Ciudad de México la atención obstétrica? Y, en caso de haber recibido por parte de ellas manifestaciones de violencia obstétrica, ¿cuáles consideran que sean las razones principales por las que se viven estas situaciones?

En 2018 en la Ciudad de México hubo 93,700 nacimientos, contando con 100 salas de expulsión, 1,440 ginecobstetras y 15,542 camas hospitalarias, cifras que se redujeron de 2012 a 2018, de acuerdo con información de la Secretaría de Salud.

Además, datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares elaborada por el INEGI en 2016, indican que la Ciudad de México es la entidad en la que se registró la mayor prevalencia de violencia obstétrica en todo el país, con un 36.5% de mujeres que afirmaron haber sufrido este tipo de violencia entre 2011 y 2016.

Cuando se habla de violencia obstétrica es necesario hacer un análisis de las cifras de mortalidad materna, que es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por esta condición o su manejo, contrastada con cada cien mil personas nacidas vivas. Este índice en CDMX, hasta 2018 era de 34.5.

Otros aspectos que brindan un panorama sobre esta problemática a nivel nacional y local, son las recomendaciones emitidas por la Comisión de Derechos Humanos de la CDMX y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, quienes han registrado un patrón de acciones y omisiones por parte de las instancias de salud, como: esperas prolongadas de las mujeres para ser ingresadas a las unidades de salud, de hasta 9 horas; solicitudes de realización de cesáreas negadas por el personal médico; tactos vaginales sin consentimiento informado; omisiones de información respecto al estado de salud de las mujeres; comentarios violentos; consignaciones inadecuadas o incompletas de información en los expedientes médicos; realización de cesáreas cuyos motivos no figuran en los expedientes y/o que pudieron haber sido evitadas; maniobras de Kristeller sin consentimiento, así como medicalización inadecuada.

Lo que reflejan todos estos datos y patrones de comportamiento es una confluencia entre violencia institucional y violencia de género, que se termina materializando en lo que se conoce como violencia obstétrica, que también tiene un componente estructural, cuya lógica se relaciona con la productividad, ya que se pretenden maximizar los tiempos la atención, dejando de lado la atención centrada en las personas y sus derechos humanos.

En la CDMX hay una norma constitucional que ordena prevenir y sancionar la violencia obstétrica, que además está reconocida explícitamente en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México. También se ha impulsado el posicionamiento del tema por parte de la sociedad civil y organismos internacionales, sin embargo, a pesar de este esquema normativo robusto de protección aún se encuentra lejos la erradicación de esta problemática.

La falta de garantía del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en la Ciudad de México, es parte de un contexto de discriminación contra las mujeres en el ámbito de los servicios de salud y es una manifestación del poder patriarcal que se ejerce a través del sometimiento del cuerpo de las mujeres.

Desde la mirada de la antropología médica, la violencia obstétrica es una expresión del cuestionamiento de la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo. En estas prácticas convergen los saberes de las ciencias médicas con los saberes sociales que se imprimen en los cuerpos de las mujeres, lo que lleva a asumir que el parto es algo que “debe hacer” el personal de salud y no algo que les corresponde a las mujeres.

También hay una problemática relacionada con el abandono que manifiestan las mujeres que muchas veces no responde precisamente a la carencia de recursos del sistema de salud, sino a un uso del maltrato normalizado y orientado al adoctrinamiento de las pacientes, de quienes se espera que sean cooperativas y dóciles al momento de su atención, fomentando una serie de intervenciones injustificadas que se invisibilizan y se normalizan por la institución.

Pregunta 2 ¿Cuáles son las buenas prácticas o acciones identificadas que promuevan la prevención de las diferentes manifestaciones de violencia obstétrica en sus diferentes niveles de afectación a las mujeres embarazadas y parturientas?

Es importante seguir considerando la prevención y atención del COVID 19 en los servicios de salud dirigidos a las mujeres embarazadas y a las personas recién nacidas, para aminorar riesgos, pues al 20 de junio de 2020, la mortalidad materna aumentó a 39.1 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que significa un incremento de 19.9% de la razón materna por defunción, en comparación con el año anterior.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida A. C. (GIRE), ha considerado como una buena práctica, el desarrollo de programas como las Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada, en las que se les brinda toda la atención de salud a mujeres que viven lejos de los hospitales, brindándoles hospedaje y servicios básicos y especializados, antes, durante y después del parto.

Otra práctica que sería importante analizar con rigor en el ámbito de las políticas públicas para el sector salud, es el cómo retomar los saberes tradicionales para la resolución de problemas actuales, pues esto representa una línea importante a explorar y que suele estigmatizarse, y en consecuencia marginalizarse.

Respecto a las causas más inmediatas de la violencia obstétrica es importante considerar que existe una parte del sector médico que no reconoce a esta violencia, en ese sentido, una buena práctica sería promover información sobre el marco normativo que desde organismos internacionales también se está posicionando, para generar estrategias que permitan que ese concepto se acepte y lo apropien todas las personas relacionadas con la atención obstétrica.

La atención humanizada como enfoque, sí se encuentra transversalizada en todos los lineamientos y protocolos de atención obstétrica, pues se incorporan criterios de la medicina basada en evidencia, la cual tiene que hacer uso de las prácticas que resultan más benéficas que perjudiciales en un determinado escenario. Por ello, lo que habría que hacer es una regulación mucho más concreta y clara, para que el personal que brinda atención obstétrica garantice el acceso de las mujeres a esta atención.

Cuando se habla de prevención, atención y erradicación de las violencias en contra de las mujeres, no se trata de una cuestión de voluntad, sino de generar todas las condiciones para que existan cambios sustantivos. Una buena práctica implica que la Secretaría de Salud se encuentre en permanente evaluación para hacer modificaciones que promuevan los modelos centrados en las pacientes, además de retomar conocimientos no médicos que fomenten la aplicación del enfoque de derechos humanos en la atención obstétrica.

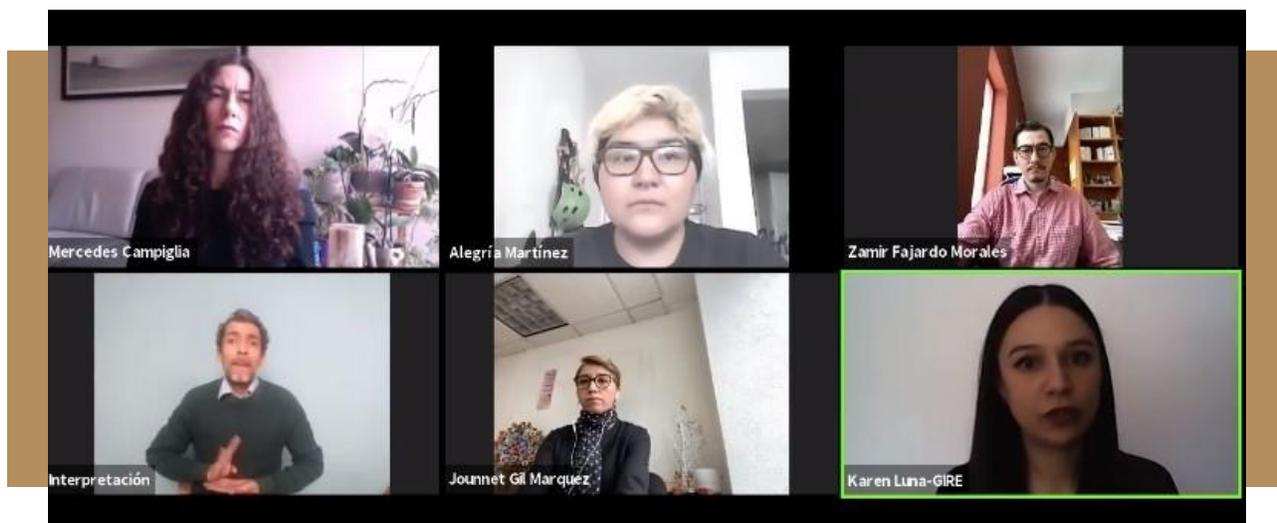
Pregunta 3 ¿Se considera la sensibilización permanente y la capacitación en temas de trato digno, género y derechos humanos, hacia el personal médico, así como la promoción permanente de los derechos de las mujeres embarazadas en el marco de sus atenciones obstétricas, como un factor importante para prevenir las manifestaciones de violencia obstétrica?

La sensibilización y capacitación es importante, pues sí bien existen aspectos muy concretos en los que estas acciones juegan un papel vital, existen otros en los que siempre es necesario buscar alternativas mucho más integrales, sobre todo en aquellas relacionadas con factores estructurales del sistema de salud, ya que la violencia obstétrica es un problema sumamente complejo.

Es importante es que el personal de salud interiorice temas de derechos humanos, entendiendo esto como el saber cómo actuar y qué hacer para brindar una atención humanizada, sin embargo, la formación biomédica se caracteriza por tener programas pedagógicos y académicos extremadamente rigurosos y violentos que han provocado una interiorización y normalización de muchas prácticas que impiden que se identifiquen actos de violencia obstétrica y, en consecuencia, que se dejen de lado, lo cual va más allá de tener o no conocimiento sobre derechos humanos o sobre la dignidad.

La capacitación y la sensibilización no brinda las condiciones que yacen al fondo de toda la problemática relacionada con la violencia obstétrica, que incluso se relacionan con crear las condiciones básicas mínimas adecuadas para materner, que en México son nulas.

Además, la información que se brinda debe ser de calidad y su contenido debe dotar de herramientas para las mujeres y para el personal médico que permitan una plena comprensión de los derechos a la libertad, la identidad, la autonomía y el acompañamiento en el parto.



MESA 4 “ESTERILIZACIÓN FORZADA”

Las preguntas detonadoras de la conversación, permitieron destacar las siguientes aportaciones:

Pregunta 1 ¿Cuáles son las causas de que la práctica de esterilización forzada continúe vulnerando a las mujeres en ciertos contextos?

La esterilización forzada es la imposición de un método anticonceptivo de manera definitiva o la intervención quirúrgica que produce esterilidad, sin tomar en cuenta o contraviniendo la voluntad de una persona, afecta principalmente a las mujeres y se presenta en escenarios donde se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

Estas prácticas se enmarcan en un sistema de salud paternalista y patriarcal, y se vinculan a una sociedad conformada por estructuras de poder, y se acentúan cuando las mujeres se encuentran en condiciones de pobreza, analfabetismo, reclusión, en contexto de movilidad, pertenencia a una comunidad, pueblo originario o afrodescendiente y cuando son menores de 18 años.

Las causas de la esterilización obedecen en gran parte, a una falta de reflexión por parte del personal de salud sobre cómo se desarrolla la relación entre la médica o el médico y la paciente, ya que el propio sistema le resta autonomía y poder de decisión a las mujeres o bien, permea la idea de que lo mejor es esterilizar a ciertas poblaciones, como es el caso de la población intersexual, sobre lo cual se han documentado casos de castración con histerectomía, remoción de estructuras reproductivas discordantes, así como esterilización secundaria a disposición de tratamientos hormonales de manera arbitraria.

Otras poblaciones que también se encuentran en riesgo ante esta problemática son las personas con discapacidad. Las causas de esta situación tienen que ver con el desconocimiento de sus derechos, no solo por parte del personal médico, sino también de las propias personas y sus familias. Esto origina una actitud pasiva por parte de las mujeres con discapacidad que asisten a una instancia de salud, quienes muchas veces dejan este tipo de decisiones en manos del personal médico, quienes les adjudican la categoría de objetos, sin reconocerlas como sujetas de derechos.

Existen otras causas que tienen que ver con la educación sexual, pues si bien se han integrado a los programas de nivel secundaria contenidos de esta índole, no existen herramientas concretas como procesos de consejería para ampliar el tema de la sexualidad, resignificándolo como un tópico de derechos humanos y que van más allá del coito, además de promover información desde los ámbitos familiares, comunitarios y sociales.

Sumado a estos factores, es importante hablar de la formación académica del personal médico, pues se trata de una educación biologicista e individualista, que concibe como objeto de trabajo al cuerpo biológico, sin tener en cuenta que se trata de una persona sujeta de derechos, condición que se pierde al ingresar a una instancia de atención a la salud. Todo esto se desarrolla en el marco de una relación de poder en la que las y los médicos se posicionan como quienes portan el conocimiento, mientras que las personas que son atendidas son vistas como objetos, permeando una incapacidad de ver “*al otro o a la otra*”, como persona.

Pregunta 2 ¿Qué medidas se deben emprender para erradicar la esterilización forzada de las instituciones de salud pública y privada?

Es necesario comprender las causas y las consecuencias de esta problemática, reconociendo que el cuerpo de las mujeres está sujeto a mecanismos biopolíticos, y que esto incide de forma diferenciada en mujeres en situación de empobrecimiento, en niñas, en mujeres LGTBTTI+, mujeres de pueblos originarios, etc. La esterilización forzada incluso podría pensarse como un mecanismo eugenésico en el que se pretende desaparecer aquellos cuerpos que se identifican como una carga para el sistema, pues no se identifican como el modelo ideal de este sistema neoliberal.

Modificar esta estructura biopolítica es una tarea no solo de las mujeres, sino también de hombres y de otras identidades, para que los cambios pensados y realizados se vean reflejados en aspectos cotidianos de la vida y las prácticas culturales puedan modificarse no solo desde un solo grupo poblacional, sino desde la participación de todas, todos y todes.

El personal de salud necesita reconocer, respetar, proteger y garantizar los derechos de las personas usuarias de los servicios, a través de una educación que promueva el pensamiento crítico y que permita modificar prácticas que reproducen violencias y relaciones de poder. Esto mediante la creación y consolidación de espacios de diálogo para el intercambio de saberes, así como la resignificación de las mujeres como sujetas de derechos y no como objetos.

Es necesario migrar de un sistema de salud médico asistencial a un modelo social con enfoque de derechos humanos, lo cual es una tarea de la Secretaría de Salud y su personal, de las personas que acuden a solicitar sus servicios, de la sociedad civil, así como de otras instancias gubernamentales, ya que se trata de una problemática compleja que requiere generar alianzas participativas que tengan incidencia en políticas públicas fortalecidas.

Es importante trabajar la transformación cultural de mentalidades desde diferentes ámbitos: con las personas, los grupos y las instituciones, reconociendo las resistencias y limitaciones, pues se trata de un cambio largo que implica reducir las brechas de desigualdad y erradicar los estereotipos.

Las estrategias de prevención deben estar enfocadas en resignificar procesos y transformar realidades, por lo que es fundamental realizarlas desde las instituciones, pero también a través del empoderamiento de las mujeres, así como del conocimiento de sus derechos, lo cual solo puede lograrse fortaleciendo las articulaciones interinstitucionales, reflejadas en diálogo y acompañamiento permanente.

Pregunta 3 ¿Qué obstáculos aún enfrentan las mujeres en el sistema de salud, para decidir de manera informada, si desean optar por un método anticonceptivo no reversible?

Uno de los obstáculos principales sigue siendo la falta de información accesible para todas las personas, tanto para el personal médico, como para las personas usuarias de los servicios de salud, las familias y la sociedad en general.

A nivel social, institucional y como personas, se requiere entender que la reproducción y la anticoncepción no son solamente asuntos de mujeres, por lo que es fundamental involucrar a los hombres en estas reflexiones. En ese sentido, una buena práctica sería que, desde las empresas, se realizaran investigaciones para desarrollar métodos anticonceptivos que no solo sean para mujeres, sino también para hombres.

Los derechos sexuales y reproductivos no son un tema exclusivo del sector salud, ya que no todo asunto de salud se resuelve en una institución, por lo que se requiere un sistema de alianzas que permita crear cambios diversos y paulatinos, considerando las diversas realidades que viven las personas, así como la integración de espacios interdisciplinarios que permitan pensar las problemáticas desde perspectivas distintas.

Existen retos que se particularizan, dependiendo del grupo de mujeres del que se trate, por lo que uno de los retos implica reconocer la diversidad de la población para responder de manera mucho más adecuada y efectiva a las necesidades, incorporando una concepción integral de la sexualidad.



MESA 5 “ADOLESCENTES”

Las preguntas detonadoras de la conversación, permitieron destacar las siguientes aportaciones:

Pregunta 1 ¿Cuál es la situación actual que viven las mujeres adolescentes al acceder a la información sobre sus derechos sexuales y reproductivos en el servicio de salud y las facilidades u obstáculos para acceder a métodos anticonceptivos para el ejercicio de su sexualidad?

Existe una Cartilla de los Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes en la Ciudad de México, sin embargo, si en las unidades de salud se proporciona sin una estrategia de comunicación que acompañe a este tipo de materiales, no tiene ningún impacto, puesto que en esta cartilla se retoman derechos que están protegidos por un marco normativo robusto, pero que no se refleja en la vida cotidiana de las y los adolescentes, lo que significa que no están siendo garantizados.

Es común que las mujeres adolescentes no acudan o no tengan un acercamiento a los sistemas de salud para temas relacionados con la sexualidad, pues no tienen la certeza de que recibirán un trato respetuoso. Además, quienes viven en las zonas menos céntricas de la CDMX como Milpa Alta o Tláhuac, tienen complicaciones adicionales para acceder a estos servicios, ya que prevalece cierta centralización de las instituciones de salud.

Hay estudios que demuestran que las adolescentes conocen diversos métodos anticonceptivos, sin embargo, no los utilizan. El 97.6% de las mujeres de entre 12 a 17 años, en la Ciudad de México han escuchado hablar de algún método anticonceptivo, pero sólo un 65% utiliza alguno, siendo el más utilizado en condón masculino. Un 28.3% de la población adolescente ha expresado tener necesidad insatisfecha con respecto al acceso de métodos anticonceptivos. A lo que se suma el desconocimiento sobre cómo se utilizan.

El acceso de las mujeres adolescentes a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos, muchas veces está condicionado al nivel de conocimientos y sensibilización con el que cuenta el personal de salud, pues no se ha asegurado una capacitación adecuada para todas las personas que trabajan en estas instituciones. Mientras que las personas que sí han sido capacitadas en estos temas, no cuentan con una perspectiva de juventudes, la cual plantea la importancia de considerar a las personas adolescentes y jóvenes como sujetas de derechos y expertas en sus propias vidas.

No se puede hablar de una sola forma de ser mujeres adolescentes, ya que existen una infinidad de ejes y de características que pueden facilitar o dificultar el acceso a información y servicios de salud, así como a métodos anticonceptivos. Lo que sí está claro es que quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad tienen menos probabilidades de tener estos derechos garantizados. Es por eso que cuando se habla de los derechos de las juventudes y adolescencias de mujeres es necesario hablar de género, ya que si aún es complejo para las adolescentes LGBTTTI+ hablar abiertamente sobre su sexualidad en el ámbito privado, resulta más difícil acudir a una institución.

Cuando se habla de sexualidad, no solo se trata del acceso a métodos anticonceptivos y de la prevención de infecciones de transmisión sexual, sino que también involucra el derecho a disfrutar de nuestros cuerpos y de ejercer plenamente las identidades sexuales.

Desde el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia de la CDMX, se observa la necesidad de anclar programas de educación sexual, con base en metodologías que involucren una comunicación efectiva con personas adolescentes, además de llegar a la población de padres y madres de familia para fomentar el diálogo sobre la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, con el objetivo de llegar a todas las colonias y barrios, incluyendo las zonas más alejadas.

Actualmente, la Secretaría de Salud cuenta con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, cuya estrategia se denomina Servicios Amigables para Adolescentes, que se ha establecido en 76 unidades de atención a la salud de primer nivel, sin embargo, la cobertura sigue siendo insuficiente, ya que a finales de 2019 las personas usuarias de estos servicios, que se encuentran entre los 12 y los 20 años, ascendía a 28,088, números que aún no logran impactar de forma significativa en la realidad social.

Este programa también ha buscado capacitar y sensibilizar al personal médico para la atención de personas adolescentes, sin embargo, estas acciones son complejas pues intervienen factores como la formación médica, así como la visión adulto céntrica que permea en toda la sociedad.

Pregunta 2 ¿Cuáles son los retos que aún enfrenta la educación sexual y reproductiva que se brinda en la educación básica, media y media superior para las adolescentes y los roles de género para recargar en ellas los miedos de la salud sexual y reproductiva?

Uno de los retos más importantes implica romper con los estigmas y prejuicios dentro de las instituciones educativas, para lo cual es necesario establecer un diálogo con las familias de la comunidad estudiantil, pues uno de los obstáculos para que existan de manera formal contenidos sobre educación sexual en los programas, es la negativa de las familias de niñas, niños y adolescentes.

La educación sexual integral sigue siendo un reto, ya que no hay mecanismos que garanticen que se brinden estos contenidos y que, además, se transmitan de manera adecuada y con un enfoque de juventudes, ya que se ha podido observar que los contenidos que sí se brindan se centran en aspectos reproductivos, sin hacer una diferenciación de la esfera sexual, a pesar de que está presente en todas las personas de diversas formas.

Sumado a esto, no se habla de la corresponsabilidad masculina, ni de responsabilidad afectiva, lo que influye mucho para que los estereotipos se sigan perpetuando. Es importante promover estos dos temas entre las y los adolescentes, y toda la población, ya que no debe centrarse en las mujeres, pues también los hombres tienen derechos sexuales y reproductivos, lo que implica que tienen un papel activo y relevante en el cuidado de su salud.

Se requiere generar conocimiento desde un enfoque de derechos humanos y de género, incentivando la educación sexual de manera libre de estereotipos, impulsando experiencias sexuales reseñables que involucren no solo la salud física, sino también la salud mental, lo cual en este contexto representa un verdadero reto en el ámbito de política pública.

Otro reto es lograr que la educación en todos los niveles sea guiada hacia y en condiciones de igualdad, garantizando la integración de una perspectiva de género y de diversidad que permita comprender las diferencias sociales y trabajarlas desde los derechos humanos.

Finalmente, uno de los desafíos más importantes señalado desde la sociedad civil, es la existencia de iniciativas regresivas e inconstitucionales como el pin parental, que pretende dejar a la disposición de madres, padres y personas tutoras, la decisión de si las niñas, niños y adolescentes toman o no los contenidos de educación sexual en las escuelas, lo que redundaría en una violación directa a los derechos de pleno desarrollo y de educación integral.

Pregunta 3 ¿Qué avances y limitaciones hay respecto a la implementación de la Norma 046, para los casos de abuso sexual y la interrupción voluntario del embarazo en las adolescentes?

Desde la Secretaría de Salud se ha buscado garantizar este derecho para todas las mujeres, incluso para quienes transitan por la CDMX, siendo la única limitante no rebasar la semana número 20 de embarazo. Respecto a la objeción de conciencia se han establecido acciones para resolverlo, como la capacitación del personal, no solo en los contenidos de la norma, sino también en aspectos relacionados con la interrupción legal del embarazo.

Otro gran avance ha sido la omisión del requisito de consentimiento de padres, madres o personas tutoras para que las adolescentes mayores de 12 años que solicitan la interrupción de un embarazo puedan acceder a este. Sin embargo, sigue habiendo limitaciones ya que hay unidades en las que prevalecen prácticas que de manera discrecional pretenden disuadir a las adolescentes para que no lo hagan, mediante la generación de culpa, remordimientos y confusión, respecto a su decisión. Aunado a que no se ha garantizado que todas las unidades cuenten con médicas y médicos no objetores de conciencia.

En las unidades en las que sí se realiza la interrupción legal del embarazo, se observa escasez o carencia de personal con perspectiva de género, de juventudes, de derechos humanos y de interculturalidad, por lo tanto, los servicios no se ofrecen conforme a los estándares internacionales y nacionales, cayendo en actos de revictimización y señalización social.



Además, persiste un desconocimiento de lo que establece la norma 046, por parte del personal de salud, así como de las mujeres y sus familias, por lo que es fundamental reforzar las estrategias de promoción de esta reglamentación y en general de todas las herramientas jurídicas que protegen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres adolescentes.

Desde la CDMX es importante pensar en la importancia de la descentralización de todos los avances que se han dado, así como generar mecanismos para garantizar los derechos de todas las mujeres para que vivan libres y diversas, para lo cual es fundamental seguir fomentando espacios como este conversatorio.



RECOMENDACIONES GENERALES

La Secretaría de Salud de la CDMX debe:

- Llevar a cabo estrategias de comunicación y de formación para promover la salud sexual y reproductiva de las mujeres mayores, mujeres privadas de la libertad y adolescentes, como un derecho humano, incluyendo el derecho a disfrutar de los cuerpos y ejercer plenamente las identidades sexuales.
- Integrar contenidos de educación sexual en todo el sistema de salud e instancias de gobierno, promoviendo el conocimiento de la sexualidad durante todo el proceso de vida de las mujeres.
- Realizar un diagnóstico sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres mayores que se encuentran institucionalizadas.
- Desarrollar foros, encuentros, grupos de apoyo que fomenten diálogos intergeneracionales para visibilizar cómo se vive la sexualidad, desde los diversos procesos de la vida de las mujeres.
- Fortalecer los programas de capacitación para personas servidoras públicas sobre temas de envejecimiento, con el propósito de modificar paradigmas sobre las personas mayores, para considerarlas personas sujetas de derechos y no sujetas de asistencia social.
- Llevar a cabo capacitaciones para personas cuidadoras que ofrezcan herramientas sobre los derechos sexuales y reproductivos de mujeres mayores.
- Realizar un diagnóstico con enfoque de derechos humanos sobre la salud sexual de las mujeres privadas de la libertad, con información desagregada y con perspectiva de género, siendo importante sumar a las organizaciones de la sociedad civil.
- Con base en el diagnóstico, realizar las gestiones necesarias para ampliar la gama de partidas presupuestarias destinadas a los centros de reclusión para mujeres privadas de la libertad, que garanticen la cobertura de las necesidades relacionadas con sus derechos sexuales y reproductivos.
- Elaborar un diagnóstico para identificar a mujeres con discapacidad en reclusión, así como sus hijas e hijos, para integrar criterios de accesibilidad en los servicios de salud dentro de los centros penitenciarios.
- Los programas para las mujeres privadas de la libertad que han decidido ser madres, deben cumplir con las condiciones adecuadas de infraestructura y servicios básicos de salud, incluyendo la salud mental.
- Desarrollar programas que impulsen la desmedicalización de los procesos de atención obstétrica y que hagan partícipes a las mujeres en todo el proceso antes, durante y después de los partos.
- Retomar y aplicar los Lineamientos para la Prevención y Mitigación del COVID 19 en el embarazo, parto, puerperio y para la persona recién nacida que fueron emitidos por el gobierno federal.
- Trazar una ruta de trabajo para la erradicación de la violencia obstétrica, retomando la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México.
- Integrar otros saberes no médicos a las políticas y programas de atención obstétrica.
- Promover desde la institucionalidad médica los conocimientos básicos y herramientas normativas acerca de la violencia obstétrica, para fomentar la apropiación de este concepto, así como su

prevención y erradicación.

- Sancionar desde la competencia de las instituciones de salud, los actos de violencia obstétrica y esterilización forzada, como violaciones a los derechos humanos.
- Realizar una regulación mucho más clara que permita que el personal de salud y de atención obstétrica, garantice la atención humanizada para todas las mujeres.
- Brindar herramientas concretas y operables que deriven de procesos de capacitación del personal médico para acompañar el parto como un evento fisiológico y no como algo patológico.
- Sumar a las instancias académicas enfocadas en la formación del personal médico en espacios de diálogo para que puedan integrar en sus programas aportaciones desde otras esferas como la de derechos humanos.
- Desarrollar una cartilla de derechos para las mujeres en el ámbito obstétrico.
- Llevar a cabo programas de capacitación para las redes de apoyo de las mujeres o las personas acompañantes para que también conozcan y tengan herramientas sobre una atención obstétrica humanizada.
- Realizar un diagnóstico específico sobre la violencia obstétrica para reconocer sus causas estructurales y aquellas relacionadas con comportamientos sociales e institucionales arraigados históricamente.
- Llevar a cabo diálogos y mesas de trabajo que permitan romper esquemas de poder y relaciones de violencia, entre el propio personal de salud.
- Desarrollar programas para el empoderamiento de las mujeres que acuden a instituciones de salud, para que se asuman como personas sujetas de derechos.
- Integrar el enfoque de accesibilidad en las campañas y materiales de difusión de los derechos sexuales y reproductivos para las personas con discapacidad, lo que implica considerar la diversidad de discapacidades.
- Contar con intérpretes de Lengua de Señas Mexicana y de las principales lenguas de pueblos originarios en las instituciones de salud.
- Utilizar estrategias de comunicación accesibles, que despierten el interés de las y los adolescentes sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- Diseñar herramientas para identificar y frenar iniciativas de política pública que son contrarias a los derechos humanos de las adolescentes, como el pin parental.
- Asegurar que todos los hospitales cuenten con médicas y médicos no objetores de conciencia.
- Integrar las perspectivas de género, de juventudes, de derechos humanos y de interculturalidad en la aplicación de la Norma Oficial Mexicana 046.
- Impulsar campañas de comunicación que promuevan el contenido de la Norma Oficial Mexicana 046, para la sociedad en general.
- Desarrollar programas de sensibilización y capacitación para hombres sobre los derechos sexuales y reproductivos, temas de la diversidad sexual, responsabilidad afectiva y la corresponsabilidad masculina en la sexualidad.

Es importante que la **Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México:**

- Integre contenidos de educación sexual en los programas educativos de nivel básico, medio y medio superior.
- Difunda y dialogue con las instancias académicas enfocadas en la formación del personal médico para promover la integración del enfoque de derechos humanos, así como temas relacionados con el trato digno, en sus procesos formativos
- Genere estrategias de diálogo con las familias de la comunidad estudiantil en los niveles básico, medio y medio superior, para promover la importancia de integrar contenidos de educación sexual en los planes de estudio.
- Desarrolle programas de capacitación y sensibilización para el personal docente de educación básica, media y media superior, que permitan incorporar en su trabajo cotidiano el enfoque de infancias y juventudes.

El **Sistema Penitenciario de la Ciudad de México** debe:

- Realizar un diagnóstico con enfoque de derechos humanos sobre los derechos humanos de las mujeres privadas de la libertad, con información desagregada y con perspectiva de género, siendo importante sumar a las organizaciones de la sociedad civil, para que con base en este documento se realicen las gestiones necesarias para ampliar la gama de partidas presupuestarias destinadas a estos centros.
- Elaborar un diagnóstico para identificar a mujeres con discapacidad en reclusión, así como sus hijas e hijos, para integrar criterios de accesibilidad en todos los ámbitos dentro de los centros penitenciarios.
- Reconocer y difundir la diversidad de las mujeres privadas de la libertad, considerando mujeres con discapacidad, mujeres de la comunidad LGBTTTI+, mujeres de pueblos originarios y mujeres mayores.
- Establecer acciones que fomenten la transversalización de la perspectiva de género para todo el personal de los centros de reinserción, que no solo se limite a capacitaciones.
- Llevar a cabo una revisión de los reglamentos internos y de procesos, con el objetivo de hacer las modificaciones que permitan un efectivo ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres privadas de la libertad.
- Analizar la normatividad interna sobre el ejercicio de los derechos humanos de la comunidad trans y personas que se identifican como no binarias.
- Incluir las condiciones adecuadas de infraestructura y servicios en los programas para las mujeres privadas de la libertad que han decidido ser madres.
- Desarrollar protocolos para que el personal de los centros de reclusión incorpore en su actuar el interés superior de las niñas, niños y adolescentes para garantizar los derechos de las hijas e hijos de las mujeres que se encuentran privadas de la libertad.

Se requiere que el **Congreso de la Ciudad de México:**

- Lleve a cabo una revisión de la legislación relacionada con los derechos de las mujeres privadas de la libertad, con el objetivo de hacer las modificaciones que permitan un efectivo ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Analice la pertinencia de la legislación local relacionada con los derechos humanos de la comunidad trans y personas que se identifican como no binarias que se encuentran en centros de reclusión.
- Identifique y frene iniciativas legislativas que son contrarias a los derechos humanos de las niñas, niños, niñas y adolescentes, como el pin parental.

CONCLUSIONES

Este Segundo Ciclo de Conversatorios “Hacia un Ejercicio Pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en la Ciudad de México”, hizo posible reconocer y hacer visibles las condiciones en las que viven mujeres mayores, mujeres privadas de la libertad y adolescentes, respecto al ejercicio de sus derechos, integrando un amplio análisis sobre violencia obstétrica y esterilización forzada, prácticas que aún persisten y que derivan en violaciones a derechos humanos, en las que convergen la violencia de género y la violencia institucional.

Estos diálogos se llevaron a cabo a través de plataformas digitales, respondiendo a las necesidades de la contingencia sanitaria derivada del virus SARS – CoV-2 y con el propósito de tener un mayor alcance. Los resultados por conversatorio fueron los siguientes: Primer Conversatorio “Mujeres Mayores” 1,100 reproducciones; Segundo Conversatorio “Mujeres Privadas de la Libertad” 1,700 reproducciones; Tercer Conversatorio “Violencia obstétrica” 1,600 reproducciones; Cuarto Conversatorio “Esterilización forzada” 2,100 reproducciones y Quinto Conversatorio “Adolescentes” 1,600 reproducciones.

Entre los principales desafíos identificados se encuentran la resignificación de la sexualidad como una categoría amplia desvinculada de la reproducción y relacionada con el placer; la integración de instituciones de formación de personal médico a espacios de diálogo; la capacitación para el personal de salud que les permitan interiorizar conocimientos sobre trato digno y derechos humanos; el establecimiento de programas que rompan las relaciones de violencia entre el propio personal de salud; el desarrollo de diagnósticos con metodologías estadísticas con enfoque basado en género, así como la ampliación de la gama de partidas presupuestarias destinadas a los centros de reclusión para mujeres.

Todas las contribuciones que se desprendieron de estos diálogos, tienen un eje común que es la integración de las perspectivas de género, etaria, de derechos humanos, y de accesibilidad e inclusión a toda acción, programa o política pública. Resulta importante que las instancias involucradas adopten todas las medidas que derivaron del Segundo Ciclo de Conversatorios “Hacia un Ejercicio Pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en la Ciudad de México”, pues están fundamentadas y orientadas al cumplimiento de lo establecido en tratados internacionales, resoluciones, sentencias, informes, observaciones generales, opiniones consultivas y otros mecanismos emanados del Sistema Universal y del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos.

REFERENCIAS

Grupo de Información en Reproducción Elegida. “Embarazos adolescentes por entidad”. Disponible en: <https://gire.org.mx/plataforma/grafica-embarazo-adolescente-por-entidad/>

Instancia Ejecutora del Sistema Integral de Derechos Humanos. “Diagnóstico de Derechos Humanos de la Ciudad de México 2020”. Disponible en: https://sidh.cdmx.gob.mx/storage/app/media/IESIDH-PDH/IESIDH_Diagnostico-DerechosHumanos_2020.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)”, 2018. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/286>

Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas. “Enfoque de Datos Basado en Derechos Humanos”, 2018. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/HRIndicators/GuidanceNoteonApproachtoData_SP.pdf