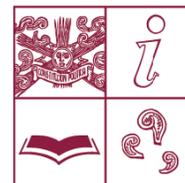




LXII LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS



S E D I A
Dirección General de
Servicios de Documentación,
Información y Análisis

DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS
SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE POLÍTICA INTERIOR

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
Glosario, Antecedentes, Marco Jurídico, Políticas
Públicas y Recomendaciones Internacionales
(Primera Parte)

Mtra. Claudia Gamboa Montejano
Investigadora Parlamentaria

Lic. Miriam Gutiérrez Sánchez
Auxiliar de Investigación

Julio, 2015

Av. Congreso de la Unión Núm. 66; Col. El Parque; Delegación Venustiano Carranza;
C.P. 15969, México, D.F; Teléfono: 50360000 ext: 67033 y 67036
Fax: 5628-1300 ext.4726
e-mail: claudia.gamboa@congreso.gob.mx

“MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS”

Glosario, Antecedentes, Marco Jurídico, Políticas Públicas y Recomendaciones Internacionales (primera parte)

Índice

	Pág.
Introducción	2
Resumen Ejecutivo	3
I. Glosario de términos	4
II. Orígenes de los Métodos Anticonceptivos	9
III. Clasificación de los Métodos Anticonceptivos	12
III.1 Hormonales	12
III.2 No Hormonales	19
IV. Marco Jurídico	26
IV.1 Nacional	26
IV.1.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	26
IV.1.2 Ley General de Salud y Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	26
IV.1.3 Ley General de Población y Reglamento de la Ley General de Población	28
IV.1.4 Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes	30
IV.1.5 Ley General de Educación	30
IV.1.6 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación	31
IV.1.7 Ley General de Víctimas	31
IV.1.8 Norma Oficial Mexicana (NOM-005-SSA2-1993), de los Servicios de Planificación Familiar	32
IV.1.9 Norma Oficial Mexicana (NOM-046-SSA2-2005), violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.	32
Internacional	33
IV.1.10 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW)	33
IV.1.11 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Informe)	34
V. Programas y Estrategias Preventivos de Anticoncepción	38
V.1 Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018	38
V.2 Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018	40
V.3 Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes	42
VI. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el uso de los Métodos Anticonceptivos	45
VII. Objetivos del Desarrollo del Milenio	46
VIII. Iniciativas presentadas en la LXII Legislatura.	48
VIII.1 Extracto de la Exposición de Motivos	49
VIII.2 Comparativo de Texto Vigente y Texto Propuesto de la Ley General de Salud en materia de Salud Reproductiva y Anticoncepción	63
Datos Relevantes	81
IX. Datos Estadísticos respecto a la Anticoncepción en México Consideraciones Generales.	84
Consideraciones Generales	94
Fuentes de Información	96

INTRODUCCIÓN

Si bien la Constitución establece en su cuarto artículo que “*Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos*”, en la realidad esto no se cumple cabalmente, toda vez que se ve reflejado ante la crisis actual, respecto a los embarazos adolescentes, ya que en ciertos sectores, cada vez más las mujeres que a muy temprana edad, son madres, conllevando este fenómeno a un círculo vicioso, en que ni la joven madre, ni su hijo o hija tienen muchas oportunidades de lograr un desarrollo adecuado, es por ello, que las políticas implementadas en la actual administración, en comparación a las dos anteriores, ha sido de tener una mayor apertura en cuanto a protección y utilización de los distintos métodos anticonceptivos, a través de diversas campañas que forman parte de la políticas públicas a nivel federal y en su caso estatal.

El número de hijos que se desea tener, es una cuestión que es influenciada por múltiples factores como educación, cultura, religión, estilo de vida, aspiraciones vitales así como las oportunidades que se le presentan a la pareja. El costo y riesgo de la crianza de los hijos es un factor que induce a las parejas a tener familias menos numerosas, sin embargo, algunos sí las desean, es por ello que resulta importante dar a mujeres y hombres el tipo de información que les permita tomar por sí mismas decisiones adecuadas.

Resulta fundamental que desde la pre-adolescencia, los jóvenes mexicanos, tengan pleno conocimiento y estén adecuadamente informados de la variedad de opciones con que cuentan en materia de método anticonceptivos, para evitar embarazos no deseados, así como enfermedades venéreas que pueden contraer por tener relaciones sexuales sin protección.

El considerar políticas y asesorías adecuadas respecto a los métodos anticonceptivos no significa restringir los nacimientos, sino una actuación consciente con un alto sentido de responsabilidad que significa tener hijos deseados y que nazcan en condiciones apropiadas, significa tener servicios en materia de salud apropiados para brindar información, orientación y asistencia a parejas.

Son muchas las preguntas que surgen, cuando se aborda el tema de los anticonceptivos, como lo son: ¿quién escoge el anticonceptivo?, ¿cómo se escoge?, ¿quién lo va a usar?, ¿cómo se va a usar?, ¿cuándo se va a usar?, ¿a quién puede afectar? o ¿cuáles son sus efectos?, por ello es que resulta indispensable contar con las herramientas necesarias en todos los sentidos para dar respuesta oportuna, cuando ello sea necesario, tanto en las aulas, como fuera de éstas, ya que por cuestiones de la propia naturaleza humana, los jóvenes empiezan con el deseo de tener una vida sexual activa, y que lo más conveniente es que lo hagan lo mejor informados posible, evitando así complicaciones mayores en un futuro.

RESUMEN EJECUTIVO

El contenido de esta primera parte del trabajo sobre métodos anticonceptivos, muestra entre otras, las siguientes secciones:

Un **Glosario Básico** de términos, en el que se definen diversos conceptos relacionados al de métodos anticonceptivos.

Un apartado que enuncia los **Orígenes** de los métodos anticonceptivos.

Un apartado respecto a la **Clasificación** de los métodos anticonceptivos, siendo los principales los **Hormonales** y **no Hormonales**.

Cabe señalar que a través de estos tres apartados, se puede contar con una visión mucho más amplia de las implicaciones del uso de cierto tipo de métodos anticonceptivos, tales como los beneficios y riesgos, en cada caso.

Un **Marco Jurídico a nivel Nacional e Internacional**, el cual abarca desde la Constitución Federal, Ley General de Salud y Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Ley General de Población y Reglamento de la Ley General de Población; Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; Ley General de Educación; Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación; Ley General de Víctimas; Norma Oficial Mexicana (NOM-005-SSA2-1993), de los Servicios de Planificación Familiar; Norma Oficial Mexicana (NOM-046-SSA2-2005), violencia familiar, sexual y contra las mujeres; Criterios para la prevención y atención; Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW); Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Informe).

Un apartado respecto a los **Programas y Estrategias Preventivos de Anticoncepción en México**.

Las **Iniciativas** presentadas en materia de salud reproductiva y anticoncepción, durante la LXII Legislatura, las cuales proponen diversas expectativas de mejoramiento y solución para esta problemática.

Los principales **Datos Estadísticos** respecto a la anticoncepción en México.

CONTRACEPTIVE METHODS

Glossary; Background; Legal Framework; Public Policies; and International Recommendations (First Part)

Executive Summary

The first part of this work on contraceptive methods offers, within others, the following sections:

Basic Glossary of terms where a variety of concepts, related to contraceptive methods, are defined.

There is a section where **the Origins** of contraceptive methods are mentioned.

Classification of contraceptive methods, the main one stemming from **Hormonal** and **non Hormonal** based methods.

It must be pointed out that, from these three sections, a wider view may be drawn on the implications –such as benefits and risks– of using any type of contraception.

Legal Framework at National and at International levels where statutory documents are approached, such as: Federal Constitution; General Health Law and its Regulations on matter of Medical Care Service Delivery; General Population Law and the Regulations implementing the Population Law; Childhood and Adolescence Rights Act ; General Education Law; Federal Law to Prevent and Eliminate Discrimination; General Law for Victims; Mexican Official Standard NOM-005-SSA2-1993 related to Family Planning Services; Mexican Official Standard NOM-046-SSA2-2005 related to family, sexual, and against women, violence; Criteria for prevention and attention; the Convention for the Elimination of all forms of Discrimination Against Women (CEDAW); International Conference over Population and Development (Report).

Birth Control Programs and Preventive Strategies in Mexico are developed in an especial section

Bills on reproductive and birth-control health, presented through 52nd Legislature, which lay several improvement expectations and solutions on this matter, are taken into account, as well as **Statistical Data** related to contraception in Mexico.

I. GLOSARIO DE TÉRMINOS

A continuación, se muestra un glosario de términos básicos, relacionados con el tema de métodos anticonceptivos, con el propósito de brindar un mejor marco conceptual del tema, desde donde se aborda el presente trabajo, cabe señalar que todos los términos fueron extraídos del documento denominado “*Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. 2013-2018*”.¹

Adolescente

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período de los 10 a 19 años de edad.

Se divide en dos etapas: Adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años de edad) y adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años de edad). Durante este periodo de la vida ocurren una serie de cambios en los campos biológicos, psicológicos y sociales de las personas, culminando con la maduración sexual.

Adolescencia

Es una construcción social creada en el contexto de la modernidad con la finalidad de establecer una etapa de preparación y maduración para que las personas se inserten en la vida productiva.

Ciclo Menstrual

Periodo de 28 +/- 7 días, comprendido entre dos menstruaciones, durante el cual se llevan a cabo la maduración de folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo.

Condón Femenino

Es una funda transparente, blanda y resistente hecha de poliuretano, con dos anillos de plástico uno en cada extremo. El anillo del extremo cerrado se usa para facilitar la inserción y mantener el condón adherido al cuello uterino, el del extremo abierto es más ancho y permanece fuera de la vagina cubriendo los genitales de la mujer. Protege el contacto directo del pene con la vagina, evita el paso de los espermatozoides al conducto cervical, además de proteger contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA.

Condón Masculino

Es un dispositivo elaborado de látex, cerrado por un extremo conteniendo un receptáculo para almacenar el semen eyaculado y abierto en el extremo opuesto el

¹ Concepto retomado del documento Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. 2013-2018. Disponible en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes_2013_2018.pdf Fecha de Consulta: Marzo 2015.

cual termina en un borde o ribete, se coloca al pene en erección durante la relación sexual para evitar el paso de los espermatozoides y de microorganismos a la vagina. Algunos contienen además sustancias espermicidas (nonoxinol-9). Este método contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

Consentimiento Informado

Decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente sin presiones.

Derechos Reproductivos

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y personas a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y los medios para ello y el derecho de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

Derechos Sexuales

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto a las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.

Diafragma

Es un dispositivo semiesférico elaborado con goma de látex suave, provisto de un arco de metal flexible y recubierto de la misma goma, cuya función es impedir en forma mecánica que el semen llegue al cérvix uterino, se debe utilizar con jalea o crema espermicida. Las medidas de los diafragmas son 65, 70 y 75 mm.

Dispositivo Intrauterino (DIU)

Es un artefacto de polietileno que se coloca dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de forma temporal.

Educación Sexual

Es el proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, formal e informalmente, los conocimientos, las actitudes y los valores respecto de la sexualidad

en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos. Es especialmente importante considerar el papel que el género juega en este proceso.

Efectividad Anticonceptiva

Capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en el periodo de un año.

Equidad

Concepto que se refiere al principio conforme al cual mujeres y hombres acceden con justicia e igualdad al uso, control y beneficio de los bienes, servicios, recursos y oportunidades de la sociedad, así como a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar.

Espermicidas

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al canal cervical. Por lo general, estas sustancias pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosol. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida.

Esterilidad

Es la incapacidad de un individuo, hombre, mujer o de ambos integrantes de la pareja, en edad fértil, para lograr un embarazo por medios naturales, después de un periodo mínimo de 12 meses de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

Genero

El género es una categoría utilizada para analizar cómo se definen, representan y simbolizan las diferencias sexuales en una determinada sociedad. Por tanto, el concepto de género alude a las formas históricas, económicas y socioculturales en que mujeres y hombres construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en los grupos, en la sociedad. Estas formas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo.

Identidad de Género

Define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interna, que permite a la persona organizar un auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio cuerpo.

Infección de Transmisión Sexual

Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

Métodos Anticonceptivos

Son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

Métodos de Barrera

Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico; algunos se acompañan, también, de sustancias químicas espermicidas.

Método de la Lactancia y Amenorrea- El Mela

Es un método anticonceptivo que depende o utiliza el estado de infertilidad resultante de patrones de lactancia materna intensiva y exclusiva, este método se basa en la anovulación.

Método Hormonal Subdermico

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que consiste en la aplicación su dérmica de un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética.

Métodos Tradicionales, Naturales o de Abstinencia Periódica

Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planeando el acto sexual de acuerdo con la probabilidad de embarazo de acuerdo al día del ciclo menstrual de la mujer. Estos métodos requieren de gran motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad que tenga la mujer para identificar los cambios fisiológicos que ocurren durante el mes, en el moco cervical, la temperatura basal y otros signos asociados al periodo de mayor probabilidad de embarazo o periodo fértil.

Oclusión Tubaria Bilateral (OTB)

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la obstrucción bilateral de las trompas uterinas.

Orientación Sexual

Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de una persona en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

Planificación Familiar

Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.

Prácticas Sexuales Protegidas

Son prácticas sexuales que incluyen la protección con condón, sexy pack, dique o dedal, para evitar el intercambio de fluidos corporales en boca, ano, vagina y pene a fin de disminuir el riesgo de embarazos no deseados, Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH y el VPH, entre otros.

Práctica Sexual Segura

Práctica sexual segura. Son las prácticas sexuales como la masturbación, el autoerotismo, las fantasías, los tocamientos que no involucran penetración y/o intercambio de flujos corporales.

Relación Sexual

Para los fines de esta Norma, se considera como tal únicamente el coito vaginal.

Salud Reproductiva

Estado general de bienestar físico-mental y social, de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Sexualidad

Se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano. Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

Usuario

Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o que le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

Vasectomía

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

II. ORIGENES DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Es indudable que la anticoncepción tiene que figurar como elemento fundamental de la atención de la planificación familiar y de la medicina, ya que debe procurar el bienestar integral, tanto físico como mental y social, por ello la importancia de enunciar a continuación sus orígenes, historia y evolución:

“La búsqueda de un método ideal de control de la natalidad abarca desde los **pesarios de excrementos de cocodrilo y miel utilizados ya en el antiguo Egipto**, señalado en los **papiros de El Faiyun**, que data de la XII dinastía; pues en muchas de las sociedades primitivas los hijos eran considerados una desventaja para una población nómada.

A **Hipócrates** se le acredita el uso de un **tubo de plomo** para insertar **médica** mentos o pesarios en **úteros humanos** con el objetivo de evitar la **descendencia**.

En el papiro de **Ebers**, que es algo más moderno, hay una receta que dice: "Para que una mujer deje de concebir durante uno, dos o tres años, tómense brotes de **acacia, tritúrense con miel** e introdúzcase en **la vulva un lienzo empapado** en la **maceración**". Si esto se analiza, se puede ver su fundamento: los brotes de acacia **exudan** hidratos de carbono polimerizados que cuando fermentan desprenden **anhídrido láctico** que forma **ácido láctico, sustancia** que destruye los **espermatozoides**. Quiere decir que la receta del **papiro**, por antigua, no está tan desprovista de **fundamento científico**. En este sentido, muchos **métodos caseros** como **vinagre, jugo de limón**, etcétera, han sido utilizados. En dicho papiro, también se describen el uso de **hilas de lino** impregnadas en un **jugo ácido como medio contraceptivo**, y que dicho sea de paso, aún se usa en nuestros días.

El **preservativo**, uno de los métodos más antiguos, fue descrito por primera vez en el siglo **XVI** como "**una vaina para el pene confeccionada con lino y destinada a evitar la transmisión de la sífilis**". Sin embargo, no tuvo difusión **hasta 2 siglos después**, no sin ser criticado y causar escándalo en diversos medios, por lo que fue llamado por algunos "la revolución de las francesas". En nuestros días se ha perfeccionado y la más moderna tecnología está relacionada con la incorporación a éste de una **fabricación a base de silicona** con lo que aumenta la sensibilidad durante la relación sexual. La aparición en varios colores se introdujo en años recientes.

El **coito interrupto** o **retiro del órgano masculino** durante el acto sexual, se supone que se ha empleado en todos los tiempos. Todas las comunidades humanas parecen conocer su uso y de él se tiene testimonio en los cuentos de Canterbury.

...
Si nos remontamos en la historia, vemos cómo se debate dónde y cómo los llamados **dispositivos intrauterinos** fueron utilizados por primera vez. Se sabe que durante siglos se controló la reproducción de los **camellos** en la travesía por el desierto introduciéndole **pedras redondas en el útero**. Tanto Hipócrates como Aristóteles mencionan tal práctica de turcos y árabes que fue muy utilizada y en la actualidad algunas tribus la continúan practicando.

El ser humano utilizó objetos de artesanía y materiales de todo tipo como el **vidrio**, el **marfil**, la **madera** y el **ébano**, la **plata** y el **oro** y el **platino incrustado de diamantes** que se introducían en la **cavidad uterina** con resultados muy variables. Como vemos, los **dispositivos**, considera dos como una **técnica moderna, constituyen en realidad algo cuyo origen se remonta a tiempos muy antiguos**.

Los antecedentes de los **dispositivos modernos** fueron **los pesarios colocados en el cuello del útero**. El **primer dispositivo intrauterino diseñado específicamente para la anticoncepción**, fue un **anillo de fibra de gusano de seda**, descrito por **Ritcher**, médico alemán.

El interés moderno por el procedimiento en cuestión data de la comunicación del alemán **Gräfenberg** que describió **una espiral de platino en 1921** que **prevenía el embarazo y que contó con gran oposición**. Tuvo que pasar más de un cuarto de siglo, para que apareciera en 1948 un caso informado sobre el empleo de éste.

El anillo de **Gräfenberg**, caído en el olvido, volvió a ser resucitado por 2 trabajos: uno de **Oppenheimier** en Israel y otro de **Ishihoma** en Japón. El ingenio japonés, al utilizar dispositivos plásticos, inertes y económicos, permitió extenderlos a grandes poblaciones.

De los llamados **métodos de barrera**, el **diafragma es uno de los más utilizados**. Fue descrito por **Mesinga** en 1882, pero no llegó a ser popular en **Estados Unidos hasta la década del 20**.

En 1932 **Ogino** en Japón y en 1933 **Knauss** en Austria, descubrieron que en el ciclo de la mujer hay unos días fértiles y otros infértiles y que si se evita la **relación sexual en los días fértiles**, podía regularse la natalidad. Este método adquirió gran difusión hasta fines de los años 50 en que apareció la píldora.

La **anticoncepción** ha tenido muchas campañas en su contra. El método del **ritmo**, fue el único admitido sin reservas por la iglesia católica. El filósofo **John Stuart Mill** fue perseguido por la policía por haber intentado divulgar un folleto sobre el anticonceptivo y **Lord Amberlay**, padre de **Bertrand Rusell**, que fue uno de los grandes defensores de la regulación de la natalidad, le ocasionó muchos disgustos y una gran polémica en revistas como el *British Medical Journal* que atacaba vio lentamente tan "escandalosas prácticas".

Solamente a principios de siglo, 2 mujeres, **Mary Stones** en Inglaterra y **Margaret Sanger**, en **Estados Unidos**, consiguieron llevar adelante **campañas anticonceptivas**. La segunda consiguió fundar una clínica de contracepción que comenzó a funcionar después de la primera guerra mundial.

Después de su perfeccionamiento, se crearon infinidad de tipos de dispositivos intrauterinos. **Zipper** en 1968 en Estados Unidos, demostró, por primera vez, las propiedades antifertilizantes del cobre metálico en la cavidad uterina. La "T" y el "7" de cobre son los más conocidos.

La **técnica de los plásticos** ha permitido crear **sustancias de una porosidad determinada** que son capaces de **liberar moléculas** de un determinado tamaño en forma gradual. Así, se ha calculado un retículo de tamaño tal que pueda liberar hormonas (moléculas de progesterona) poco a poco. **Estos dispositivos no actúan ya solamente por su acción mecánica, sino por el efecto hormonal**. De esta manera, estos dispositivos, que ya no son inertes, tienen más seguridad.

Es bien sabido que a partir de **1898** se empezó a experimentar por **John Beard**, y a estudiar el **ciclo ovárico** y la **función del cuerpo amarillo** y que **Auguste Prenant**, sugirió una función hormonal para este último. Así, se continuaron los estudios y surge la idea de que la **anticoncepción hormonal era posible**, y fue **Ludwig Haberlandt**, fisiólogo de la Universidad de Innsbruck, quien trabajó y publicó muchos trabajos sobre este tema. Más adelante, en **1929 y 1934** se identificaron **los estrógenos y la progesterona** respectivamente y después de muchas investigaciones se logró el descubrimiento de potentes compuestos semisintéticos con actividad similar a las hormonas naturales, hasta que por fin se lanzó la **primera píldora anticonceptiva llamada Enovid**. A partir de este momento hubo una gran carrera comercial, y se

lograron innumerables productos de composición similar. Luego surgió la **vía parenteral y los llamados implantes**, también de mucho éxito.

Los **preparados poscoitales** también se utilizan después de la relación sexual y en este caso, la dosis es fundamental, por lo que es un método no muy recomendado. También se investiga y se utilizan las prostaglandinas y el empleo de métodos inmunológicos ha sido creado por la Organización Mundial de la Salud.

La **anticoncepción en el hombre tiene menos métodos** pues solamente cuenta con el uso del **condón y la abstinencia periódica**.

La **vasectomía**, que es un **método permanente**, ha venido **practicándose** desde los años de **1940** y se estima que más de 42 millones de parejas en el mundo dependen de ésta para su anticoncepción. En **1985**, se introdujo **una nueva técnica de vasectomía sin bisturí que fue desarrollada en China en 1974 por el doctor Li Shungiang**".²

² Miguel Lugones Botell y Tania Yamilé Quintana Riverón. Revista Cubana de Medicina General Integral. Orígenes de la anticoncepción. Página Cultural. 1996. Disponible en la dirección de Internet: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_4_96/mgi14496.htm
Fecha de Consulta: Marzo 2015.

III. CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro ni es totalmente seguro. Cada método tiene sus indicaciones y deberá buscarse aquel que sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual. La eficacia teórica de cada método aumenta considerablemente si se usa correctamente, circunstancia que es propicia para enunciar la diversidad anticonceptiva:³



III.1 Métodos Anticonceptivos Hormonales

Los métodos anticonceptivos hormonales son sumamente eficaces, aunque algunos requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres. También son seguros. Sin embargo, dado que las hormonas pueden tener efectos en diversos sistemas del cuerpo, se debe prestar atención especial a los efectos secundarios y a las cuestiones de seguridad.

“Los tipos de anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales. La inhibición total o parcial de la ovulación es uno de los mecanismos de acción. Las hormonas que contienen estos anticonceptivos actúan en el cerebro. Hacen que el hipotálamo y la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación. Los anticonceptivos combinados orales e inyectables y los inyectables sólo de progestina inhiben sistemáticamente la ovulación.

El espesamiento del moco cervical, causado por la progestina, es otro mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales. El moco más espeso actúa como una barrera contra los espermatozoides, dificultándoles la entrada a la cavidad uterina. Si la mujer ovulara, esta barrera de moco reduce considerablemente las probabilidades de que el óvulo sea fecundado.”⁴

³ Dirección en Internet de Imagen: <https://lh5.googleusercontent.com/ncKmObWWAevEXcLo0OH2SHbWWYAmEgKpr1S70IGLhKdqwKHcR6mpe8So62Sh-ypGSmmh3YCguiVI9X51R1ZOHHJq2JCcPATRp6O95t2WrjnrYcVNb-4>

⁴ Introducción a los Métodos Anticonceptivos: Información General. Secretaría de Salud. Págs. 23 y 24. Disponible en la dirección de Internet: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>
Fecha de Consulta: Marzo 2015.

Los métodos anticonceptivos que se concentran en este apartado de la investigación son:

- **Píldora Anticonceptiva**

“La píldora anticonceptiva es una revolución. El 11 de mayo de 1960, la Food and Drug Administration aprobó la venta de Enovid, el primer anticonceptivo oral. Meses después, en enero de 1961, se lanzaba la primera píldora fuera de Estados Unidos: Anovlar, del laboratorio Schering (hoy Bayer), fue aprobada primero en Australia, luego Alemania, después el resto de Europa y, progresivamente, América Latina, generando un cambio irreversible en la sociedad”.⁵

“Existen dos tipos de anticonceptivos orales (AO): las que contienen estrógeno y progestina, llamadas comúnmente anticonceptivos orales combinados (AOC) y las que contienen sólo progestina. Las píldoras combinadas son los anticonceptivos orales que más se usan.

Los AOC se categorizan comúnmente como píldoras de baja dosis o de alta dosis, según el contenido de estrógeno. Las píldoras de baja dosis, que son las píldoras anticonceptivas que más se usan, contienen generalmente entre 30 y 35 microgramos (mcg) o entre 0,030 y 0,035 miligramos (mg) o menos del estrógeno etinil estradiol. Las píldoras de alta dosis contienen 50 mcg (0,05 mg) de etinil estradiol. En uso típico, los AOC generalmente son considerados más eficaces que las PSP. Es más fácil cometer errores que resultan en embarazo cuando se están tomando las PSP, porque estas píldoras deben tomarse a la misma hora cada día para que den el mejor resultado. Sin embargo, las PSP son muy eficaces para las mujeres que están amamantando y no afectan a la producción ni la calidad de la leche como ocurre con los AOC”.⁶

Presentación⁷	
28 píldoras	21 píldoras
Contienen 21 píldoras “activas” que contienen hormonas y 7 píldoras de diferente color que contiene hormonas y que sirven como recordatorio. Al día siguiente de terminado el paquete se debe tomar la primera píldora del próximo paquete.	Contienen sólo 21 píldoras “activas”. Después de haber tomado la última píldora de un paquete, la mujer debe esperar 7 días y luego tomar la primera píldora del próximo paquete. Nota: En ningún caso se debe esperar más de 7 días entre los paquetes.

Acción anticonceptiva⁸
Impiden la ovulación (es decir la salida del óvulo) y también aumentan la consistencia del moco cervical, lo cual dificulta el paso de los espermatozoides evitando la fecundación. No puede impedir la gestación o embarazo.

Suministro⁹
-El primer día de su ciclo es el mejor día para comenzar. Aunque si sus ciclos son normales puede comenzar cualquiera de los primeros 5 días después del inicio de su sangrado menstrual. Si una

⁵ Apartado retomado de la Nota 50 Años de la píldora anticonceptiva. Disponible en la dirección de Internet: <http://www.revistabuenaasalud.cl/50-anos-de-la-pildora-anticonceptiva/>

Fecha de Consulta: Marzo de 2015.

⁶ Introducción a los Métodos Anticonceptivos: Información General. Secretaría de Salud. Pág. 24

⁷ Ibídem. Págs. 23 y 24.

⁸ Ibídem. Pág. 23.

⁹ Ibídem. Pág. 24.

mujer desea comenzar en un día específico de la semana hay que asegurar que sean antes del quinto día del sangrado, sino debe usar protección adicional durante siete días.

- Después del parto la mujer debe empezar apenas interrumpa la lactancia o 6 meses después del parto, lo que ocurra primero.
- Después del parto si no está dando de lactar. De 3 a 6 semanas después del parto. No hay necesidad de esperar el retorno de los sangrados menstruales.
- después del aborto inducido o espontáneo. En los primeros 7 días después de un aborto inducido o espontáneo ocurrido en el primer o segundo trimestre.
- Cuando ha interrumpido el uso de otro método hormonal. Inmediatamente, no hay necesidad de esperar el primer período después de usar inyectables o implantes.

Qué hacer cuando se olvidan o dejan de tomar algunas píldoras:

- Si se omite una píldora, la mujer debe tomarla tan pronto como lo recuerde.
- Si se omiten dos píldoras en las primeras dos semanas, la mujer debe tomar dos píldoras dos días consecutivos y después continuar con el resto del paquete en la forma usual.
- Si se omiten dos píldoras en la tercera semana, o si se omiten más de dos píldoras consecutivas en cualquier momento del ciclo, la mujer deberá desechar el envase y comenzar un nuevo inmediatamente.
- Cuando se dejen de tomar dos días, debe usarse otro método: condón.

Efectos secundarios¹⁰

Muchas mujeres experimentan efectos secundarios al tomar las píldoras anticonceptivas, especialmente durante los primeros meses de uso, sangrados, náuseas y mareos, vómitos y dolores de cabeza. Algunas experimentan sensibilidad anormal en los senos, aumento leve de peso y suspensión del sangrado menstrual. En muchas ocasiones los efectos están relacionados con complicaciones infundadas que pueden afectar el uso de los anticonceptivos orales.

Beneficios y Riesgos¹¹

- Protegen contra el cáncer de endometrio y de ovaros.
- Disminuye desórdenes del sistema reproductivo, reduce el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, de embarazos ectópicos, de quistes ováricos, y desórdenes menstruales.
- Reduce el riesgo de anemia y de enfermedad benigna de la mama.
- Menor mortalidad general en mujeres usuarias.
- No existe evidencia de que las mujeres necesitan suspender el uso de las píldoras a menos que experimenten serios efectos secundarios, deseen quedar embarazadas o lleguen a la menopausia.
- La recuperación de la fertilidad demora un promedio de dos meses.

Entre los riesgos principales se encuentran el riesgo levemente mayor de ciertas enfermedades cardiovasculares y un posible aumento del riesgo de ciertos tipos de cáncer en algunos grupos de mujeres.

Las píldoras y el Cáncer¹²

Los AOC protegen a las mujeres contra el cáncer ovárico y del endometrio. Muchos estudios han demostrado que las usuarias de los AOC tienen menos del 50 por ciento de riesgo de padecer de estos tipos de cáncer, comparadas con las no usuarias. La protección comienza a surtir efecto después de un año de uso de los AOC, aumenta con el uso y dura por lo menos 15 años después de que la mujer ha dejado de usar este método. No hay aumento general del riesgo de contraer cáncer mamario entre las mujeres que han usado los AOC alguna vez. Se ha registrado un aumento muy leve del riesgo entre las usuarias

¹⁰ Ibídem. Pág. 25.

¹¹ Ibídem. Pág. 26.

¹² Introducción a los Métodos Anticonceptivos: Información General. Pág. 30

de AOC y durante un período de 10 años después de haber dejado de tomarlos. Sin embargo, estos hallazgos pueden reflejar un sesgo de detección (es decir, una detección temprana de cáncer mamario porque las usuarias de AOC tienden a tener más contacto con el sistema de atención de salud que otras mujeres).

Algunos estudios también han observado un pequeño aumento del riesgo de cáncer cervicouterino entre las usuarias de AOC. No obstante, hay otros factores aparte de los AOC, que pueden ser la causa de este mayor riesgo.

Los estudios han demostrado que las mujeres que tienen ciertos comportamientos de alto riesgo, por ejemplo múltiples compañeros sexuales y comienzo de las relaciones sexuales a una edad temprana, o las mujeres que fuman se exponen a un mayor riesgo de cáncer cervicouterino incluso si no usan los AOC. Así mismo, el sesgo de detección puede ser un factor.

No se sabe que las PSP aumenten el riesgo de padecer cualquier tipo de cáncer.

• **Pastillas de Anticoncepción de Emergencia (PAE)**

“Las pastillas de anticoncepción de emergencia (PAE) sirven para prevenir un embarazo no deseado después de una relación sexual no protegida. Las PAE son hormonas orales de uso común, pero se administran de manera diferente. No interfieren con un embarazo ya establecido, por lo que no deben ni pueden ser consideradas como un método anticonceptivo”.¹³

PAE sólo de progestina así como combinada¹⁴	
Sólo de Progestina	Combinada
<p>Para la anticoncepción de emergencia, el régimen especial de píldoras sólo de progestina es más eficaz y produce menos efectos secundarios que el régimen especial de anticonceptivos orales combinados. La mujer que está tomando píldoras sólo de progestina para la anticoncepción de emergencia debe tomar una sola píldora que contenga 0,75 mg de levonorgestrel dentro de un período de 72 horas después del coito sin protección (cuanto más pronto mejor), seguida de la misma dosis 12 horas después.</p> <p>Según las investigaciones, cuando se usan antes de haber transcurrido 24 horas después del coito sin protección, las píldoras que contienen levonorgestrel previenen el 95 por ciento de los embarazos previstos.</p> <p>Cuando se usan antes de haber transcurrido 72 horas después del coito sin protección, previenen aproximadamente el 85 por ciento de los embarazos previstos. En los países donde no se pueden conseguir las píldoras que contienen 0,75 mg de levonorgestrel, las mujeres que desean usar la anticoncepción de emergencia pueden usar formulaciones normales de píldoras sólo de progestina que contienen levonorgestrel o norgestrel. Sin embargo, en esas formulaciones, cada píldora</p>	<p>El régimen especial de anticonceptivos orales combinados, conocido como la “pauta Yuzpe”, es el método de anticoncepción de emergencia que más se usa. Se ha estudiado ampliamente y se ha demostrado que es seguro y relativamente eficaz. Este régimen consiste en tomar dos dosis de píldoras.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La primera dosis antes de haber transcurrido 72 horas después del coito sin protección (cuanto más temprano mejor), y • La segunda dosis a las 12 horas después de la primera. <p>Cada una de las dos dosis debe contener por lo menos 100 mcg (0,1 mg) de etinil estradiol y 500 mcg (0,5 mg) de levonorgestrel. Cada dosis se puede obtener tomando ya sea cuatro píldoras de “baja dosis” o dos píldoras de “alta dosis”.</p> <p>Según un estudio de la OMS, los AOC usados dentro de un período de 24 horas después del coito sin protección impidieron aproximadamente el 77 por ciento de embarazos previstos. En cambio, cerca del 57 por ciento de los embarazos previstos no ocurrieron cuando los AOC se usaron dentro de las 72 horas después del coito sin protección. Aproximadamente el 50 por ciento</p>

¹³ Rivera Reyes, Gabriela; Aguilar Gil, José Ángel y Schiavon Ermani, Raffaella. Óp. Cit. Págs. 47-53.

¹⁴ Introducción a los Métodos Anticonceptivos: Información General. Págs. 33 y 34.

<p>contiene sólo una pequeña cantidad de la hormona requerida para la anticoncepción de emergencia. Por consiguiente, la mujer tendrá que tomar 20 píldoras para comenzar y deberá repetir la dosis al cabo de 12 horas, es decir, debe tomarse un total de 40 píldoras.</p>	<p>de las mujeres que usan el régimen de los AOC para la anticoncepción de emergencia experimentan náuseas como efectos secundarios y aproximadamente el 20 por ciento de ellas experimentan vómito. Estos efectos secundarios, aunque de poca duración, son más graves en las mujeres que usan los AOC como un método anticonceptivo regular.</p>
--	--

Efectividad anticonceptiva

Su efectividad anticonceptiva es del 98%, de cada 100 mujeres que las usan en cada relación sexual; sólo 2 pueden quedar embarazadas.

Duración de la protección anticonceptiva

Este anticonceptivo brinda protección hasta 3 días (72 horas) después de la última relación sexual sin protección. Previene un embarazo, pero no lo interrumpe, es decir, no servirán si ya hay retraso menstrual. Por el corto tiempo en que pueden usarse, es importante informar sistemáticamente a todos los adolescentes sobre este recurso de emergencia antes de que llegue a necesitarlo.

Actuación

Las PAE pueden actuar de manera muy parecida a las pastillas anticonceptivas normales. Su mecanismo de acción específico dependerá esencialmente del momento del ciclo menstrual en que se administren (antes, durante, o inmediatamente después de la ovulación). Nunca pueden actuar interrumpiendo el proceso de la implantación, es decir, no servirán si ya hay retraso menstrual. En función de lo anterior pueden:

- Inhibir la ovulación.
- Interferir con el transporte tubárico.
- Alterar el endometrio previniendo la implantación.

Esquema de uso		
Marca	1ª dosis: dentro de las primeras 72 horas después de la relación sexual	2da dosis: 12 horas después de la 1ª dosis
Ovral Eugynon Nordiol Neogynon	2 pastillas	2 pastillas
Microgynon Nordet Lo-Femenal	4 pastillas	4 pastillas

**Ventajas
Desventajas**

<p>La anticoncepción de emergencia constituye el único método que puede ser usado después de la relación sexual. Es el último recurso disponible ante un embarazo no deseado. En caso de falla o de tomarse en etapas tempranas del embarazo no afecta al producto.</p>	<p>-No protege de las ETS/SIDA. -Causa una mayor incidencia de efectos colaterales (náusea y vómito) que las pastillas anticonceptivas de uso normal. (Si se presenta vómito en la primera hora después de la ingestión de las pastillas, indique repetir la dosis). - El índice acumulado de falla, en caso de uso rutinario, es más elevado que el de las pastillas de uso normal.</p>
---	--

	-Requiere conocimiento previo por parte de el/la adolescente y por parte del médico.
--	--

• **Inyección Anticonceptiva**

“Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupos: los combinados de estrógeno y progestina así como los que contienen sólo progestina”.¹⁵

Contenido¹⁶

“El primer tipo son los inyectables sólo de progestina, que contienen una forma sintética de la hormona femenina progesterona. Los dos inyectables sólo de progestina que están disponibles en el mercado son:

- Acetato de medroxiprogesterona de depósito (o DMPA), que se administra en una dosis de 150 mg cada tres meses, y comúnmente se conoce con el nombre comercial de Depo Provera.
- Enantato de noretisterona (o NET-EN), que se administra en una dosis de 200 mg cada dos meses, y comúnmente se conoce con el nombre comercial de Noristerat o Norigest.

El segundo tipo se conoce como inyectables combinados (o AIC), que contienen progestina y estrógeno. Se administran una vez al mes.

Dos inyectables combinados, relativamente nuevos y que la OMS ha estudiado ampliamente, se conocen comúnmente con el nombre comercial de Cyclofem (que contiene 25 mg de DMPA y 5 mg de cipionato de estradiol) y Mesigyna (que contiene 50 mg de NET-EN y 5 mg de valerato de estradiol). Hay otros AIC que se han usado por muchos años. Entre ellos están el feladroxato (combinación de 150 mg de acetofenida de dihidroxiprogesterona), que se usa ampliamente en algunos países latinoamericanos, donde se vende con los nombres comerciales de Perlutal, Perlutan y Topasel.

La principal diferencia entre estos dos inyectables es la duración de la eficacia y la frecuencia de los efectos secundarios.

La eficacia del NET-EN es más breve, y por lo tanto, tiene una pauta de administración diferente. La mujer debe aplicarse una inyección de DMPA cada tres meses, mientras que la inyección de NET-EN se debe aplicar cada dos meses”.

Aplicación y duración de la protección¹⁷

En el caso de los inyectables combinados, la protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección.

En los hormonales inyectables que sólo contienen progestina, la protección anticonceptiva se extiende a 60 días, para el caso de la conferida por NET-EN, y a 90 días para el caso de la conferida por DMPA.

Efectividad e Indicaciones	Problemas que se presentan por uso de Inyecciones
-----------------------------------	--

¹⁵ Rivera Reyes, Gabriela; Aguilar Gil, José Ángel y Schiavon Ermani, Raffaella. Métodos anticonceptivos para adolescentes. Cuaderno de Trabajo 5. Manual para prestadores de Servicios. Documentos de Pathfinder. Gobierno del Estado de México ISEM. Págs. 39- 46.

¹⁶ Introducción a los Métodos Anticonceptivos: Información General. Págs. 36, 37 y 42.

¹⁷ Rivera Reyes, Gabriela; Aguilar Gil, José Ángel y Schiavon Ermani, Raffaella. Óp. Cit. Pág. 40.

<p>Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda una protección anticonceptiva mayor al 99%.</p> <p>Las inyecciones están indicadas para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas o múltiparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable.</p> <p>La primera inyección se debe aplica, dentro de los primeros cinco días después del inicio de la menstruación. La siguiente inyección debe aplicarse de 30 a 33 días después de la aplicación anterior.</p> <p>Para las adolescentes, se sugiere manejar el esquema simplificado: "Inyéctate la misma fecha del mes".</p>	<p>Es importante diferenciar los síntomas pasajeros asociados al uso de hormonales, de aquellas situaciones de alarma que requieren acudir a consulta. Como molestias pasajeras se consideran las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -nauseas -dolor en las mamas -dolor de cabeza ligero -aumento ligero de peso -adelanto o retraso de la menstruación -dolor agudo en los miembros inferiores -dolor agudo en el pecho -disnea -cefalea aguda y severa con dificultades para la visión o pérdida del conocimiento. <p>Estos pueden ser síntomas de un episodio tromboembólico, que requiere la suspensión inmediata de las pastillas y tratamiento específico del problema.</p>
---	---

• **Implantes Subdérmicos**

<p>"Los implantes o métodos hormonales subdérmicos son un anticonceptivo temporal de acción prolongada compuesto por seis cápsulas de material plástico con 36 mg de venonorgestrel cada una, su inserción es subdérmica y actúa a través de un sistema de liberación continua y gradual de la sustancia hormonal".¹⁸</p> <p>"De todos los implantes subdérmicos, el más estudiado y utilizado es el Norplant. Este método consiste en seis cápsulas del mismo tamaño que se implantan y que durante cinco años liberan continuamente en el torrente sanguíneo dosis bajas de la progestina levonorgestrel. También se han elaborado sistemas de implantes que usan una o dos cápsulas. Norplant II o Jadelle, que consiste en dos cápsulas que liberan levonorgestrel, también es eficaz por lo menos durante cinco años. Implanon, que consiste en una cápsula que libera la progestina 3-ketodesogestrel, se recomienda para tres años de uso".¹⁹</p>
Actuación²⁰
Actúa sobre el moco cervical aumentando su densidad para dificultar el paso de los espermatozoides y también evitando la ovulación en los ciclos menstruales.
Administración y Aplicación²¹
<ul style="list-style-type: none"> -Las cápsulas deben insertarse por debajo de la piel en la cara interna del brazo, siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas por los fabricantes. -La inserción debe entre el primero y el séptimo día del ciclo menstrual. -En cualquier momento del ciclo menstrual, siempre y cuando se esté seguro de que no existe embarazo. -En el posparto a partir de la sexta semana, si está lactando, o después de la tercera semana, si no está lactando. -En el posaborto de manera inmediata o dentro de los primeros siete días.

¹⁸ Rodríguez R, Gabriela. Óp. Cit. Pág. 34.

¹⁹ Introducción a los Métodos Anticonceptivos: Información General. Pág. 45.

²⁰ Rodríguez R, Gabriela. Óp. Cit. Pág. 34.

²¹ Coronel Brizio, Pedro Guillermo. Ginecología. Textos Universitarios. Dirección General Editorial. Universidad Veracruzana. 2011. Págs. 289 y 290.

Cuando se cambia de un método hormonal oral o inyectable al implante subdérmico, la inserción debe efectuarse el día correspondiente al reinicio del ciclo hormonal oral o aplicación del inyectable.

-La remoción del implante debe efectuarse al término de la recomendación de uso por el fabricante. Los términos varían de 3 a 5 años, según el tipo de implante. También puede realizarse a solicitud y por decisión de la usuaria, en cualquier momento antes de agotar la duración total de la protección anticonceptiva. Si la usuaria lo solicita puede insertarse nuevo implante, si este ya terminó su efecto, o cambiar a otro método anticonceptivo.

- **Sistemas intrauterinos (SIU) liberadores de hormonas**

“Los sistemas intrauterinos (o SIU) liberadores de hormonas constituyen un nuevo método de anticoncepción hormonal. Así como los DIU de uso más generalizado, tienen forma de T y se insertan en el útero. Sin embargo, a diferencia de los DIU, los SIU contienen progestina que se libera lentamente en el útero.

En algunas partes del mundo pueden obtenerse dos tipos de SIU. El primero es el sistema liberador de levonorgestrel o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU de LNG), que se comercializa con los nombres de Mirena o Levonova y es eficaz durante cinco años. El segundo es el sistema liberador de progesterona, que se comercializa como Progestasert en los Estados Unidos y es eficaz durante un año”.

Ventaja: Son sumamente eficaces, de tener efecto prolongado y de ser seguros y reversibles

Mecanismos de Acción: Son iguales a los de otros métodos hormonales: supresión parcial de la ovulación y prevención de la fertilización, principalmente debido al espesamiento del moco cervical, que impide que los espermatozoides entren en el útero. Estos sistemas también causan adelgazamiento del endometrio que, teóricamente, puede contribuir a su efecto anticonceptivo.”²²

III.2 Métodos no Hormonales

Los condones masculinos, condones femeninos, diafragmas, capuchones cervicouterinos y espermicidas son métodos de barrera para la anticoncepción. Estos métodos actúan mediante el bloqueo físico o químico de los espermatozoides y contribuyen a evitar algunas ITS.

- **Preservativo Femenino**

“Aparece el condón femenino por primera vez en el Reino Unido. Es una holgada bolsa de poliuretano blando de 15 cm de largo y 7 cm de diámetro, y sujeto alrededor de su extremo libre se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que cubre la vulva, y otro interior que se desplaza dentro de la vagina y se ajusta al cuello uterino como un diafragma, destinado a facilitar la inserción del dispositivo. Previene el embarazo, SIDA, ETS, clamidias y el virus del papiloma humano”.²³

- **Preservativo Masculino/Condón**

²² Introducción a los Métodos Anticonceptivos: Información General. Pág. 47 y 48.

²³ González Labrador, Ignacio y Emilia Miyar Pieiga. Consideraciones sobre Planificación Familiar: Métodos Anticonceptivos. Revista Cubana Medicina General Integral, 2001. Disponible en la dirección de Internet: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi10401.pdf

Fecha de Consulta: Marzo 2015.

“Los hombres fueron elementos clave en la transición demográfica hacia familias más pequeñas en muchos países desarrollados, usando condones y el método del coito interrumpido antes del uso ampliamente difundido en los años 60 del resto de los anticonceptivos; sin embargo, en la última generación la orientación femenina va a la vanguardia de la planificación familiar. El surgimiento del SIDA y su propagación por vía del contacto homo y heterosexual ha determinado que los recursos y atención se dirijan al condón y a la importancia que para la salud sexual tiene el uso del condón y la modificación de la conducta sexual., los derechos de la mujer (Naciones Unidas "La década internacional de la Mujer") que culminó en 1985 con la conferencia de Nairobi, Kenya "Maternidad Segura", propugnan por los derechos reproductivos y de salud sexual de las féminas pero con mayor participación masculina. En 1990, 45 millones de parejas lo utilizaban en el mundo. El porcentaje más elevado se encuentra en Japón, Hong Kong y Taiwan, y en América Latina el 10 % de parejas lo usan. El condón es seguro, fácil de usar, no necesita supervisión médica, previene ETS, quizás disminuya sensibilidad en el coito, pero esto puede ser aprovechado por pacientes con eyaculación precoz, o para prolongar el placer durante el acto sexual. Es cierto que interfiere con la estimulación pre-coito, pero esto se puede mejorar si se erotiza su uso. Fundamentalmente falla por su uso inadecuado e inconstante, ellos no son populares por una serie de razones, como pudieran ser las dudas de su confiabilidad, causa disgusto la idea de interrumpir la relación sexual para ponérselos, reducen el placer sexual, hay quienes simplemente lo consideran vergonzoso, es asociado en muchos países y culturas con el sexo ilícito y la asociación de los condones y las ETS, y el sexo ilícito se ve aumentada con la amenaza del VIH-SIDA”.

- **Diafragma**

“Circunferencia de goma con aro exterior de goma que se sitúa en el cuello del útero cerrando el paso a los espermatozoides. Una variedad más pequeña de éste es el capuchón cervical”. Las mujeres que utilizan el diafragma sólo necesitan preocuparse de protegerse en aquellas ocasiones en que prevén que van a tener relación sexual. Generalmente, el uso del diafragma está exento de efectos secundarios graves, aunque algunas mujeres experimentan una reacción alérgica al caucho (en tales casos se recomienda un diafragma de plástico), irritación vaginal o infección. Un diafragma demasiado grande también puede causar algún dolor. Los ataques frecuentes de cistitis, sin embargo, pueden hacer recomendable que la mujer busque algún otro anticonceptivo, dado que la presión del diafragma sobre la vejiga puede irritar tanto a la vejiga como a la uretra”.²⁴

- **Capuchones Cervicales**

“Hay tres tipos: vimule, cervical y dumas o bóvedas. Los capuchones cervicales de goma con borde flexible se usan con espermicidas, se introducen en la vagina y cubren el cuello uterino, evitando así el paso de espermatozoides al útero”.²⁵

Ventajas Desventajas ²⁶	
-No tiene efectos colaterales, -Pueden colocarse un tiempo antes del coito, -Dan cierta protección contra algunas enfermedades de transmisión sexual.	-Las mujeres están solas durante la inserción, se limita su uso por problemas culturales (manipulación de los genitales), y requieren control después del parto, abortos o pérdida de peso de 2.2 kg o más.

²⁴ González Labrador, Ignacio y Miyar Pieiga, Emilia. Op, Cit.

²⁵ Ibídem. Págs. 372 y 373.

²⁶ Ídem.

- **Dispositivo Intrauterino**

“Estos empezaron a utilizarse de forma generalizada hace 20 años, pero no es más que la práctica moderna de un proceder antiguo. Consistía en la colocación de piedras u objetos en el útero de camellas para impedir el embarazo durante la travesía por el desierto.

Entre sus mecanismos de acción tenemos que aumenta la velocidad de traslado del óvulo por las trompas, reduce el número de espermios que llegan al oviducto y los incapacita, disminuye el número de espermatozoides que penetran el *mucus cervical*, y los que lo hacen son fagocitados por los leucocitos, los espermatozoides son incapacitados con separación de cabezocola en presencia del cobre, provocan efectos citotóxicos por el fluido uterino alterado por el DIU, producen una alteración del endometrio por secreción hormonal (progestasert) y además, previenen la fertilización, no la implantación, por tanto ya no pueden ser considerados como abortificantes”.²⁷

Actuación²⁸

Actúa como espermaticida por infiltración leucocitaria del endometrio y porque produce aumento de enzimas lisosomales que destruyen los espermatozoides. Actúa, además, sobre el metabolismo del espermatozoide impidiendo su capacidad de fecundar.

Ventajas y Desventajas²⁹

Este método se considera como un regulador temporal de la fertilidad en mujeres que se encuentran en edad fértil. Se aplica en diferentes épocas: posparto, posaborto y tras cesárea. El dispositivo intrauterino tiene buen grado de efectividad comprobada. Ocasiona pocas molestias cuando se coloca adecuadamente. Una vez colocado, no requiere motivación o constancia para seguirlo usando.

Dicho dispositivo tiene muchas contraindicaciones, como infecciones, endometritis, malformaciones uterinas, dismenorrea, etc. También puede presentar algunas complicaciones, como perforaciones uterinas, hemorragias, dolor abdominal, y propicia la aparición de infecciones. Con su empleo aumenta la frecuencia de embarazos ectópicos. El dispositivo intrauterino puede tener fallas y permitir un embarazo; en estos casos puede ser expulsado o quedar retenido hasta que nazca el producto.

- **Anticonceptivos (anillos) vaginales**

Es uno de los métodos anticonceptivos novedosos que existen en el mercado para prevenir un embarazo, sin embargo, no se encuentra disponible en el sector salud.

Es un anillo flexible de plástico transparente (acetato de vinil etileno) de aproximadamente 5.5 centímetros de diámetro y un espesor de unos 4 milímetros, que contiene estrógenos y progestágenos que son liberados lentamente a lo largo de los 21 días en que está insertado en la vagina.³⁰

²⁷ *Ibíd.* Pág. 368 y 369

²⁸ Mondragón Castro, Héctor. *Ginecología Básica Ilustrada*. Editorial Trillas. México, Argentina, España, Colombia, Puerto Rico, Venezuela. 2008. Págs. 464 y 465.

²⁹ *Ibíd.* Pág. 465.

³⁰ Información retomada de la página PlanificaNet, disponible en la dirección de Internet: <http://www.planificanet.gob.mx/index.php/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos/anillo-vaginal.php>
 Fecha de Consulta: Marzo de 2015.

Funcionamiento
La combinación de hormonas que tiene el anillo se liberan gradualmente y son fácilmente absorbidas por la vagina pasando fácilmente a la sangre para mandar la señal al cerebro e inhibir la ovulación. También aumenta la viscosidad del moco cervical, convirtiéndose en una barrera para los espermatozoides, impidiéndoles llegar al útero y trompas de Falopio para fecundar un óvulo.
Uso correcto
La usuaria puede colocar fácilmente el anillo en la vagina, gracias a su flexibilidad y suavidad. <ul style="list-style-type: none">• El anillo vaginal anticonceptivo debe ser insertado durante los primeros 5 días de la menstruación.• La posición más adecuada para introducirlo suele ser de pie con una pierna levantada y apoyada sobre una silla, aunque habrá quien prefiera en cuclillas, o acostada boca arriba con las rodillas separadas y flexionadas.• Una vez fuera de su envoltura, el anillo es comprimido entre los dedos índice y pulgar para empujarlo suavemente dentro de la vagina, hasta situarlo en una posición en la que la mujer se sienta totalmente cómoda, cualquiera que sea la posición en la que quede el anillo dentro de la vagina no afectará la liberación adecuada de las hormonas para lograr el efecto anticonceptivo.• Tras la inserción, el anillo anticonceptivo se mantiene colocado durante 3 semanas seguidas, al cabo de las cuales debe ser retirado para descansar una semana, en la cual se presentará la regla.• Para continuar con el uso de este método se deberá colocar un nuevo anillo. Retirarlo es muy sencillo, pues basta con curvar el dedo índice sobre el borde del anillo y tirar suavemente hacia afuera.
Protección
La protección anticonceptiva se alcanza a los 7 días de comenzar a usar el anillo, por lo que es recomendable usar un método de barrera complementario durante este periodo, para reducir la posibilidad de un embarazo. Si se usa correctamente, la protección anticonceptiva es de 95% a 99% de efectividad para prevenir un embarazo, sin embargo, NO protege contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH que causa el sida.
Efectos secundarios
Mientras el cuerpo se va ajustando a los cambios hormonales que el anillo vaginal produce, algunas mujeres podrán experimentar algunos de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none">• Aumento en el flujo vaginal (leucorrea)• Inflamación de la vagina• Amenorrea• Dolor de cabeza• Náusea• Sangrado leve irregular• Senos adoloridos

- **Espermicidas**

“Son sustancias químicas, por lo general surfactantes o detergentes, que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero.

Pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos, y espuma en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermaticida. Generalmente el espermaticida es Nonoxinol-9 con vehículo de glicerina, manteca de cacao, o hidrocarburos”.³¹

Ventajas y Desventajas³²	
-No requieren ninguna consulta o receta médica. No tienen efectos colaterales, con excepción de la alergia a la sustancia activa. -No interfieren con el ciclo hormonal. -No tienen ninguna contraindicación médica, y pueden ser utilizados aun en caso de patologías sistémicas severas. -Son métodos ideales para relaciones sexuales esporádicas o poco frecuentes, para las cuales no se desee adoptar un método constante. -Pueden ser utilizados como respaldo de cualquier otro método anticonceptivo, cuando éste se use en forma incorrecta, inconstante o se quiera suspender por efectos colaterales indeseados o por falta de satisfacción con el método.	-Su protección es limitada (1 hora). -Deben insertarse antes del inicio del contacto genital. -La efectividad anticonceptiva disminuye con el uso imperfecto.

• **Esterilización Femenina (Oclusión Tubaria Bilateral)**

“La oclusión tubaria bilateral es la interrupción quirúrgica del tránsito en las trompas de Falopio para impedir que ocurra la unión del óvulo con el espermatozoide, lo cual produce una esterilidad permanente. Existen muchos procedimientos quirúrgicos para lograr la obstrucción tubaria; los principales son los siguientes: por cirugía convencional con las técnicas de Pomeroty, Uchida, Kroener, endoscopia, por la aplicación de los anillos de Yoon o de Kulka, por la electrofulguración de la trompa o la sección de ésta con rayo láser, con la aplicación de clips de Bleier y otros métodos en fase experimental”.³³

Ventajas y Desventajas³⁴	
Es el método de más alta efectividad.	A pesar de haberse practicado la operación, puede ocurrir un embarazo. Estas intervenciones están contraindicadas en pacientes con antecedentes de anexitis, endometriosis, cirugías múltiples previas y pelviperitonitis por la dificultad operativa. Nunca debe practicarse posparto, cuando nazca un producto prematuro o en malas condiciones.

• **Abstinencia Periódica**

“Los métodos de abstinencia periódica constituyen una opción para quienes desean regular su reproducción en forma temporal evitando tener relaciones sexuales los días fértiles de la mujer, o bien, recurriendo a métodos de barrera o vaginales en esos días. Los métodos de abstinencia más utilizados son el calendario o ritmo, la temperatura basal y el moco cervical”.³⁵

³¹ Rivera Reyes, Gabriela; Aguilar Gil, José Ángel y Schiavon Ermani, Raffaella. Óp. Cit. Pág.65.

³² Ibídem. Pág. 67.

³³ Mondragón Castro, Héctor. Óp. Cit. Pág. 469.

³⁴ Ibídem. Págs. 469 y 470.

³⁵ Rodríguez R, Gabriela. Óp. Cit. Págs. 36 y 37.

Calendario o ritmo

1. Antes de atenerse a este método la mujer debe registrar el número de días que tiene cada uno de sus ciclos menstruales al menos durante 6 meses. El primer día de sangrado menstrual siempre se cuenta como el día 1
2. La mujer resta 18 del número de días de duración del ciclo más corto que tiene en su registro. Esto le indica aproximadamente cuál es el primer día de su periodo fértil. Luego, ella resta 11 días del número de días de duración del ciclo más largo que tiene en su registro. Esto le indica cuál es el último día de su etapa fértil. Para evitar un embarazo la pareja debe evitar el coito, utilizar un método de barrera o el coito interrumpido durante los días fértiles. Ejemplo:
Si los ciclos en su registro varían de 26 a 32 días:
26-18=8. Evite el contacto sexual el día 8.
32-11=2. Vuelva a practicar el coito después del día 21.
En este caso hay que evitar las relaciones sexuales sin protección desde el día 8 y hasta el día 21 del ciclo.

Temperatura Basal³⁶

1. La mujer debe tomar la temperatura de la misma manera, ya sea oral, rectal o vaginal, y a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse de la cama. Debe saber cómo leer un termómetro y debe registrar su temperatura en un gráfico especial.
2. La temperatura de una mujer sube de 0.2 a 0.5° C (de 0.4 a 1.0 oF) cerca del tiempo en que ocurre la ovulación (aproximadamente a mitad del ciclo menstrual).
3. La pareja evita las relaciones sexuales, usa un método de barrera o usa el coito interrumpido desde el primer día de sangrado menstrual hasta que la temperatura de la mujer sube por encima de su temperatura normal y se mantiene elevada por 3 días enteros. Estos días señalan que la ovulación ha ocurrido y que ha terminado.
4. después de estos tres días la pareja puede tener relaciones sexuales sin necesidad de protegerse por los siguientes 10 o 12 días hasta que comience la próxima menstruación.

Moco Cervical o Billings³⁷

1. La mujer revisa cada día si tiene secreciones cervicales. Puede que sienta humedad en la abertura de su vagina o que vea secreciones en el dedo o en el papel higiénico. Ni bien advierte la presencia de cualquier secreción, la pareja evita el coito, utiliza un método de barrera o utiliza el coito interrumpido.
2. Las secreciones tienen un día en que alcanzan su punto máximo y son más resbalosas, estirables y húmedas. La pareja continúa evitando el coito, utilizando el coito interrumpido o usando un método de barrera hasta 4 días después del día pico.
3. Pasando algunos días, las secreciones se tornan pegajosas, pastosas o tienen la consistencia de migas, o bien la mujer no presenta secreción alguna. La pareja puede tener relaciones sexuales hasta que el sangrado menstrual comience nuevamente.
4. Algunos capacitadores recomiendan que las parejas eviten el coito sin protección durante el sangrado menstrual porque podrá ser difícil notar las secreciones cervicales. Sin embargo, las probabilidades de que la mujer quede encinta durante los primeros 5 o 6 días del ciclo son mínimas.
5. Una vez que el sangrado menstrual termina, es posible que la mujer no tenga secreciones por varios días. Comúnmente, el coito se considera seguro durante este período. No obstante, debería limitarse a “un día sí y un día no” porque los fluidos vaginales y el semen podrían confundirse con las secreciones. El patrón normal de secreciones de una mujer pueden también verse afectado por los espermicidas, las infecciones vaginales y algunos medicamentos. La pareja no debe practicar el coito vaginal sin precaución si no sabe con certeza si hay secreciones.

³⁶ Ídem.

³⁷ Ibídem. Pág. 38 y 39.

- **Lactancia Materna**

La lactancia materna además de aumentar la supervivencia infantil, ejerce efectos anticonceptivos y ayuda a espaciar los embarazos. En países en desarrollo la lactancia materna da protección anticonceptiva mayor que cualquier otro método.

El efecto anticonceptivo es mayor durante la amenorrea producida por la lactancia materna, y es el resultado de la liberación de prolactina y endorfina (estimulada por la succión del pezón) que interfieren con las hormonas necesarias para la ovulación. Esta interrupción de la ovulación dura varios meses después del parto.³⁸

³⁸ González Labrador, Ignacio y Muyar Pieiga, Emilia. Óp. Cit. Pág. 373.

IV. MARCO JURÍDICO

Las actividades en materia de Salud Sexual y Reproductiva dirigidas a la población están respaldadas por un marco jurídico nacional e instrumentos internacionales de los que México es parte. Los sustentos jurídicos que respaldan estas acciones parten de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Legislación Federal, y Normas Oficiales Mexicanas que en la materia se han elaborado para estos fines.

V.1 Nacional

V.1.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos³⁹

La regulación del derecho a información y servicios de anticoncepción tiene su base constitucional en:

<p style="text-align: center;">Título Primero Capítulo I De los Derechos Humanos y sus Garantías</p> <p>Artículo 1o. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. Artículo 4o. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.</p>
--

V.1. 2 Ley General de Salud⁴⁰

En la Ley General de Salud se prevé el desarrollo de programas sobre planificación familiar, la atención y vigilancia de quienes aceptan y usan los servicios de planificación familiar, así como la asesoría para la prestación de estos servicios a cargo del sector público.

Título Tercero

³⁹ Disponible en la página de Leyes Federales de la H. Cámara de Diputados, en la dirección de Internet: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_07jul14.pdf
Fecha de Consulta: Marzo 2015.

⁴⁰ Disponible en la página de Leyes Federales de la H. Cámara de Diputados, en la dirección de Internet: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_191214.pdf
Fecha de Consulta: Marzo 2015.

Prestación de los Servicios de Salud

Capítulo I

Disposiciones Comunes

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

...

V. La planificación familiar;

...

Título Tercero

Prestación de los Servicios de Salud

Capítulo VI

Servicios de Planificación Familiar

Artículo 67.- La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Artículo 68.- Los servicios de **planificación familiar comprenden:**

I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo nacional de Población;

II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;

III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.

IV. El apoyo y fomento de la investigación **en materia de anticoncepción**, infertilidad humana, **planificación familiar** y biología de la reproducción humana;

Artículo 69.- La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

Artículo 70.- La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y **operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población**, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su Reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

Artículo 71.- La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas **educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.**

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica⁴¹

Este ordenamiento establece las facultades de la Secretaría de Salud para emitir normas técnicas y proporcionar asesoría y apoyo técnico en las instituciones de los sectores público, social y privado para la prestación de los servicios básicos de planificación familiar. También señala que las instituciones públicas, sociales y privadas tienen la obligación de proporcionar de manera gratuita, en sus instalaciones,

⁴¹ Disponible en la página de Orden Jurídico Nacional, apartado Leyes y Reglamentos Federales, en la dirección de Internet: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/leyes.php>

Fecha de Consulta: Marzo 2015.

los servicios de información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar de conformidad con las normas emitidas por la Secretaría.

Capítulo VI

Disposiciones Para la Prestación de Servicios Planificación Familiar

Artículo 116.- Corresponde a la Secretaría dictar las normas oficiales mexicanas para la prestación de los **servicios básicos de salud en la materia de planificación familiar.**

Artículo 117.- La Secretaría proporcionará la asesoría y apoyo técnico que se requiera en las instituciones de los sectores público y social, así como en los establecimientos privados, para la adecuada prestación de los servicios básicos de salud en materia de planificación familiar.

Artículo 118.- Será obligación de las instituciones de los sectores público, social y privado proporcionar de manera gratuita dentro de sus instalaciones, **los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, de acuerdo a las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría.**

Artículo 119.- Para la realización de salpingoclasias y vasectomías, será indispensable obtener la autorización expresa y por escrito de los solicitantes, previa información a los mismos sobre el carácter de la intervención y sus consecuencias.

Artículo 120.- Dichas intervenciones deberán llevarse a efecto de conformidad con las normas oficiales mexicanas correspondientes.

V.1.3 Ley General de Población⁴²

El presente ordenamiento prevé la creación del (CONAPO) cuya facultad es la planeación demográfica del país.

Capítulo I

Objeto y atribuciones

Artículo 5o.- Se crea el Consejo Nacional de Población que tendrá a su cargo **la planeación demográfica del país**, con objeto de incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social que se formulen dentro del sector gubernamental y vincular los objetivos de éstos con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos.

Reglamento de la Ley General de Población⁴³

En éste, se establece una sección sobre planificación familiar.

Capítulo Segundo

Política de Población

Sección II.- Planificación Familiar

Artículo 13.- Para efectos de este Reglamento, la planificación familiar, en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, **es el ejercicio del derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.**

Artículo 14.- Los **programas de planificación familiar son indicativos**, por lo que deberán proporcionar información general e individualizada sobre sus objetivos, métodos y consecuencias, a

⁴² Disponible en la página de Leyes Federales de la H. Cámara de Diputados, en la dirección de Internet:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf>

Fecha de Consulta: Marzo 2015.

⁴³ Disponible en la página Orden Jurídico Nacional, en el apartado Leyes y Reglamentos Federales, en la dirección de Internet: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/leyes.php>

efecto de que las **personas estén en aptitud de ejercer con responsabilidad el derecho a determinar el número y espaciamiento de sus hijos**. También se orientará sobre las causas de infertilidad y los medios para superarla.

En la información que se imparta no se identificará la planificación familiar con el control natal o cualesquiera otros sistemas que impliquen acciones apremiantes o coactivas para las personas que impidan el libre ejercicio del derecho a que se refiere el párrafo anterior.

Artículo 15.- Los servicios de planificación familiar deberán estar integrados y coordinados con los de salud, salud reproductiva, educación, seguridad social e información pública y otros destinados a lograr el bienestar de los individuos y de la familia, con un enfoque de género, y de conformidad con lo establecido en la Ley, el presente Reglamento y las demás disposiciones aplicables.

Artículo 16.- La información y los servicios de salud, educación y demás similares, que estén relacionados con programas de planificación familiar, serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público.

Artículo 17.- Los **programas de planificación familiar incorporarán** el enfoque de género e informarán de manera clara y llana sobre fenómenos demográficos y de salud reproductiva, así como las vinculaciones de la familia con el proceso general de desarrollo, e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad.

La responsabilidad de las parejas e individuos en el ejercicio del derecho a planificar su familia, consiste en tomar en cuenta las necesidades de sus hijos, vivos y futuros, y su solidaridad con los demás miembros de la comunidad, para dar lugar a un mayor bienestar individual y colectivo.

Artículo 18.- La **educación e información sobre planificación familiar deberán dar a conocer los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos**. Asimismo, deberán incluir la orientación sobre los riesgos a la salud que causen infertilidad y las estrategias de prevención y control. El Consejo pondrá especial atención en proporcionar dicha información a los jóvenes y adolescentes.

Artículo 19.- Los servicios de información, salud, salud reproductiva y educación sobre planificación familiar a cargo de las instituciones públicas se realizarán a través de programas permanentes. El Consejo establecerá los criterios y procedimientos de coordinación de las dependencias y entidades que tengan a su cargo esos servicios.

Artículo 20.- Los servicios de salud, salud reproductiva, educativos y de información sobre programas de planificación familiar, garantizarán a la persona la libre decisión sobre los métodos que para regular su fecundidad desee emplear.

Queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad. Cuando las personas opten por el empleo de **algún método anticonceptivo permanente**, las instituciones o dependencias que presten el servicio deberán responsabilizarse de que las y los usuarios reciban orientación adecuada para la adopción del método, así como de recabar su consentimiento a través de la firma o la impresión de la huella dactilar en los formatos institucionales correspondientes.

Artículo 21.- En los casos de personas sujetas a interdicción, que carezcan de representante legal, serán las autoridades de las instituciones y organismos de los sectores público, social y privado que las tengan a su cargo, las que resuelvan, previo el dictamen médico respectivo, sobre el ejercicio del derecho a que se refiere el tercer párrafo del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En cada caso se dará vista al Ministerio Público.

Artículo 22.- Las normas oficiales mexicanas de los servicios de planificación familiar, de salud y salud reproductiva, se establecerán de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y en lo conducente, por las leyes generales de Población y de Salud y con los acuerdos adoptados por el Consejo.

Artículo 23.- El Consejo proporcionará a los jueces u oficiales del Registro Civil, la información sobre planificación familiar, igualdad jurídica de la mujer y del varón, responsabilidades familiares compartidas y organización legal y desarrollo de la familia, para que se difunda entre los que intervengan en los actos del estado civil.

V.1.4 Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes⁴⁴

El presente ordenamiento enuncia los derechos de los menores y adolescentes a asesoría y orientación sexual y reproductiva.

Título Segundo

De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

Artículo 13. Para efectos de la presente Ley son derechos de niñas, niños y adolescentes, de manera enunciativa más no limitativa, los siguientes:

IX. Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social;

Capítulo Noveno

Del Derecho a la Protección de la Salud y a la Seguridad Social

Artículo 50. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud. Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de:

VI. Establecer las medidas tendentes a prevenir embarazos de las niñas y las adolescentes;

X. Atender de manera especial las enfermedades respiratorias, renales, gastrointestinales, epidémicas, cáncer, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual e impulsar programas de prevención e información sobre éstas;

XI. Proporcionar asesoría y orientación sobre salud sexual y reproductiva;

V.1.5 Ley General de Educación⁴⁵

El presente ordenamiento dispone que uno de sus fines es crear conciencia en los menores y adolescentes sobre el ejercicio responsable de la sexualidad, planificación familiar y paternidad responsable, sin menoscabo de su libertad y respeto a su dignidad.

Capítulo I

Disposiciones Generales

Artículo 2o.- Todo individuo tiene derecho a recibir educación de calidad y, por lo tanto, todos los habitantes del país tienen las mismas oportunidades de acceso al sistema educativo nacional, con solo satisfacer los requisitos que establezcan las disposiciones generales aplicables.

La educación es medio fundamental para adquirir, transmitir y acrecentar la cultura; es proceso permanente que contribuye al desarrollo del individuo y a la transformación de la sociedad, y es factor determinante para la adquisición de conocimientos y para formar a mujeres y a hombres, de manera que tengan sentido de solidaridad social.

En el sistema educativo nacional deberá asegurarse la participación activa de todos los involucrados en el proceso educativo, con sentido de responsabilidad social, privilegiando la participación de los educandos, padres de familia y docentes, para alcanzar los fines a que se refiere el artículo 7o.

Artículo 7o.- La educación que impartan el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios tendrá, además de

⁴⁴ Disponible en la página Leyes Federales H. Cámara de Diputados, en la dirección de Internet: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA_041214.pdf

Fecha de Consulta: Marzo 2015.

⁴⁵ Disponible en la página Leyes Federales H. Cámara de Diputados, en la dirección de Internet: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137_191214.pdf

los fines establecidos en el segundo párrafo del artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los siguientes:

...

X.- Desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el **ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable**, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias;

...

V.1.6 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación⁴⁶

El presente ordenamiento considera que el negar o limitar información sobre derechos sexuales forma parte de la discriminación.

Capítulo II

Medidas para prevenir la Discriminación

Artículo 9.- (Se deroga el anterior párrafo primero y se recorren los demás en su orden)

Con base en lo establecido en el artículo primero constitucional y el artículo 1, párrafo segundo, fracción III de esta Ley se consideran como discriminación, entre otras:

...

VI. **Negar o limitar información sobre derechos sexuales** y reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas;

...

V.1.7 Ley General de Víctimas⁴⁷

El presente ordenamiento también tiene vinculación con los métodos anticonceptivos, ya que reconoce el derecho de las mujeres víctimas de violación sexual a acceder a los servicios de anticoncepción de emergencia.

Artículo 35. A toda víctima de violación sexual, o cualquier otra conducta que afecte su integridad física o psicológica, se le garantizará el acceso a los servicios de **anticoncepción de emergencia** y de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima; asimismo, se le realizará práctica periódica de exámenes y tratamiento especializado, durante el tiempo necesario para su total recuperación y conforme al diagnóstico y tratamiento médico recomendado; en particular, se considerará prioritario para su tratamiento el seguimiento de eventuales contagios de enfermedades de transmisión sexual y del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

En cada una de las entidades públicas que brinden servicios, asistencia y atención a las víctimas, se dispondrá de personal capacitado en el tratamiento de la violencia sexual con un enfoque transversal de género.

⁴⁶Disponible en la página Leyes Federales H. Cámara de Diputados, en la dirección de Internet:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>

Fecha de Consulta: Marzo 2015.

⁴⁷ Disponible en la página Leyes Federales de la H. Cámara de Diputados, en la dirección de Internet:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>

Fecha de Consulta: Marzo 2015.

V.1.8 Norma Oficial Mexicana (NOM-005-SSA2-1993), de los Servicios de Planificación Familiar⁴⁸

El 21 de enero de 2004 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la resolución por la cual se modificó la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, cuyo contenido expresa tanto disposiciones generales como especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de anticoncepción en México.

Objetivo: El objetivo de esta Norma es uniformar los criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basada en la aplicación del enfoque holístico de la salud reproductiva.
Campo de aplicación: Observancia obligatoria para todas las unidades de Salud, para la prestación de los servicios de Planificación Familiar de los sectores público, social y Privado del País.
Servicios de Planificación Familiar: Proporcionar información, orientación, consejería, selección, prescripción, contraindicaciones y aplicación de métodos de control de la fertilidad. La NOM enfatiza la importancia de la consejería y del ejercicio del consentimiento informado que debe ofrecer un médico/a capacitado/a en los servicios de anticoncepción, y en los casos que se requiera.

V.1.9 Norma Oficial Mexicana (NOM-046-SSA2-2005), violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención⁴⁹

Desde el 21 de enero de 2004, la anticoncepción de emergencia está incluida en la NOM 005 para los casos de relaciones sexuales voluntarias sin protección anticonceptiva, relaciones sexuales involuntarias sin protección anticonceptiva, o cuando se use un método anticonceptivo y se presuma la falla del mismo. El 16 de abril de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la NOM 046, que sustituyó a la NOM-190-SSA1-1999.

Objetivo: La presente Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos.
Campo de Aplicación: Es de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para los y las prestadoras de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud. Su incumplimiento dará origen a sanción penal, civil o administrativa que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.
Servicios de Anticoncepción de emergencia en caso de violación sexual: Ofrece de inmediato, hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia,

⁴⁸ El texto original se publicó en el DOF el 30 de mayo de 1994. Sin embargo, se modificó, quedando vigente la del 2004. Disponible en la dirección de Internet:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=676842&fecha=21/01/2004

Fecha de Consulta: Marzo 2015.

⁴⁹ El texto original se publicó en el DOF 20 de octubre de 1999. Sin embargo, se modificó, quedando vigente la del 2005. Disponible en la dirección de Internet:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5087256&fecha=16/04/2009

Fecha de Consulta: Marzo 2015.

previa información completa sobre la utilización de este método, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada.

Internacional

Ahora bien, los derechos consagrados en los instrumentos internacionales, también constituyen una base para impulsar el desarrollo de las mujeres y garantizar sus derechos en su integración, es por ello que también se considera oportuno enunciar lo siguiente:

V.1.10 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW)⁵⁰

La presente Convención es considerada como la Carta internacional de los derechos humanos de las mujeres. México ratificó la Convención el 23 de marzo de 1981. Considera los derechos de todas las mujeres al acceso a servicios de atención médica así como de planificación de la familiar.

Parte III

Artículo 10 Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:
h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia.

Artículo 12

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la **planificación de la familia**.

Artículo 14

...

2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le asegurarán el derecho a:

...

b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia;

...

Parte IV

Artículo 16

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:

...

d) Los mismos derechos y responsabilidades como progenitores, cualquiera que sea su estado civil, en materias relacionadas con sus hijos; en todos los casos, los intereses de los hijos serán la consideración primordial;

⁵⁰ Disponible en la página del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), en la dirección de Internet: <http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/cedaw/cedaw.pdf>

Fecha de Consulta: Marzo 2015.

e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos;

V.1.11 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Informe)⁵¹

En la Conferencia de 1994 se acordó que la población y el desarrollo están indisolublemente unidos y que el dotar de mayor poder de la mujer y tomar en cuenta las necesidades de la gente en lo relativo a educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, son necesarios para el avance individual y el desarrollo balanceado. Avanzar en la equidad de género, eliminar violencia contra las mujeres y asegurar la habilidad de las mujeres de controlar su propia fertilidad son las piedras angulares de las políticas de población y desarrollo. Las metas concretas se centraron en proveer educación universal y cuidado a la salud reproductiva que incluya la planeación familiar, así como en reducir la mortalidad maternal e infantil.⁵²

Capítulo VII

Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva

A. Derechos reproductivos y salud reproductiva

Bases para la acción

7.2 La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de **disfrutar** de una vida sexual satisfactoria y **sin riesgos y de procrear**, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener **información** y de **planificación de la familia de su elección**, así como a otros **métodos** para la regulación de la **fecundidad** que no estén legalmente **prohibidos**, y acceso a **métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos**. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

7.3 Teniendo en cuenta la definición que antecede, los **derechos reproductivos** abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las **leyes nacionales**, en los **documentos internacionales** sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las **parejas e individuos a decir libre** y responsablemente el **número de hijos**, el **espaciamiento** de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los **medios** para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de **salud sexual y reproductiva**. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación,

⁵¹ Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Págs. 37-48. Disponible en la dirección de Internet: http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
Fecha de Consulta: Marzo 2015.

⁵² Extracto retomado de la Conferencia sobre Población de la página Naciones Unidas-Centro de Información. México, Cuba y República Dominicana. Disponible en la dirección de Internet: http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.htm
Fecha de Consulta: Marzo 2015.

coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de **mala calidad en materia de salud reproductiva**; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida **sexual y reproductiva**. En la mayoría de los países, los **adolescentes** son particularmente vulnerables a causa de su **falta de información** y de acceso a los **servicios pertinentes**. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada.

Objetivos

7.5 Los objetivos son:

- a) Asegurar el acceso a información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de **salud reproductiva**, incluida la **planificación de la familia**, que sean **accesibles, asequibles** y aceptables para todos los usuarios;
- b) Propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre **métodos libremente elegidos de planificación de la familia**, así como sobre otros **métodos** que puedan elegirse para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y asegurar el acceso a la información, la educación y los medios necesarios;
- c) Atender a las necesidades cambiantes en materia de **salud reproductiva** durante todo el ciclo vital, de un modo que respete la diversidad de circunstancias de las comunidades locales.

7.7 Se deberían preparar **programas de atención** de la salud reproductiva para atender a las necesidades de las **mujeres y los adolescentes** en las que entrañen la participación de la mujer en la dirección, la planificación, la adopción de decisiones, la gestión, la ejecución, la organización y la evaluación de los servicios. Los gobiernos y otras organizaciones deberían adoptar medidas activas para hacer que las mujeres estén incluidas en todos los niveles del sistema de atención de la salud.

7.8 Se deberían elaborar **programas innovadores** para que todos los **adolescentes y los hombres** adultos tengan acceso a información, asesoramiento y servicios de **salud reproductiva**. ...

7.10 Sin comprometer el apoyo internacional a los programas de los países en desarrollo, la comunidad internacional debería, cuando se le solicite, examinar las necesidades de capacitación, asistencia técnica y suministro de anticonceptivos a corto plazo de los países que están pasando de una economía de administración centralizada a una economía de mercado, donde la salud reproductiva es deficiente y en algunos casos está empeorando. Al mismo tiempo, esos países deberían dar más prioridad a los servicios de salud reproductiva, incluida una amplia gama de medios anticonceptivos, y deberían encarar la práctica actual de recurrir al aborto para la regulación de la fecundidad mediante la satisfacción de la necesidad de las mujeres de esos países de contar con mejor información y más opciones.

B. Planificación de la familia

Bases para la acción

7.12 El propósito de los **programas** de planificación de la familia debe ser permitir a las **parejas y las personas decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces**. El éxito de los programas de educación sobre cuestiones de población y planificación de la familia en diversas situaciones demuestra que, dondequiera que estén, las personas bien informadas actuarán responsablemente de acuerdo con sus propias necesidades y las de su familia y comunidad.

7.13 En los últimos 30 años, la disponibilidad creciente de **métodos anticonceptivos modernos y más seguros**, aunque en algunos aspectos **sigue siendo insuficiente**, **ha ofrecido mayores oportunidades para la elección individual y la adopción responsable de decisiones en materia de reproducción en gran parte del mundo.**

Objetivos

7.14 Los objetivos son:

- a) Ayudar a las **parejas y a las personas** a alcanzar sus objetivos de procreación en un marco que favorezca condiciones óptimas de salud, responsabilidad y bienestar de la familia, y que respete la dignidad de todas las personas y su derecho a elegir el número de hijos, su espaciamiento y el momento de su nacimiento;
- b) Prevenir los **embarazos no deseados** y reducir la incidencia de los embarazos de alto riesgo y la morbilidad y mortalidad;
- c) Poner servicios de planificación de la familia de buena calidad y aceptables al alcance y disposición de cuantos los necesitan y desean, manteniendo su **carácter confidencial**;
- d) Mejorar la calidad de los servicios de **asesoramiento, información, educación y comunicaciones en materia de planificación de la familia**;
- e) Lograr que los hombres participen más y asuman una mayor responsabilidad práctica en la planificación de la familia;

...

Medidas

7.15 Los gobiernos y la comunidad internacional deberían utilizar todos los medios de que disponen para apoyar el principio de la libertad de elección en la **planificación de la familia**.

7.16 Todos los países deberían, en el curso de los próximos años, evaluar la magnitud de las necesidades nacionales no atendidas de servicios de planificación de la familia de buena calidad y su integración en el contexto de la **salud reproductiva**, prestando especial atención a los grupos más vulnerables y desatendidos de la población. Todos los países deberían adoptar medidas para satisfacer las necesidades de planificación de la familia de su población lo antes posible, en todo caso **para el año 2015**, y deberían tratar de proporcionar acceso universal a una **gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva que no estén legalmente permitidos**. El objetivo sería **ayudar a las parejas y a los individuos a alcanzar sus objetivos de procreación y brindarles todas las oportunidades de ejercer su derecho a tener hijos por elección**.

7.19 Como parte del esfuerzo encaminado a satisfacer las necesidades no atendidas, todos los países deberían tratar de individualizar y eliminar todas las **barreras** importantes que todavía existan para la **utilización** de los servicios de planificación de la familia. Algunas de estas barreras se relacionan con la insuficiencia, mala calidad y alto costo de los servicios de planificación de la familia existentes.

...

7.20 Específicamente, los gobiernos deberían obrar de modo que resultara más fácil para las parejas y las personas asumir la responsabilidad de su propia **salud reproductiva** eliminando las **barreras legales, médicas, clínicas y reglamentarias innecesarias** a la información y al acceso a los servicios y métodos de planificación de la familia.

7.23 En los años venideros, todos los **programas de planificación de la familia** deben esforzarse de modo significativo por mejorar la calidad de la atención.

Entre otras medidas, los programas deberían:

- a) Reconocer que los **métodos apropiados para las parejas y las personas varían según la edad, el número de partos, el tamaño de la familia, la preferencia y otros factores**, y velar por que **mujeres y hombres tengan información sobre la mayor gama posible de métodos inocuos y eficaces de planificación de la familia y acceso a ellos, para que puedan tomar decisiones libres y bien informadas**;
- b) Proporcionar **información** accesible, completa y precisa sobre los diversos **métodos de planificación de la familia, que incluya sus riesgos y beneficios para la salud, los posibles efectos secundarios y su eficacia para prevenir la propagación del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual**;

c) Hacer que los servicios sean más seguros, asequibles y accesibles para el usuario y velar, mediante sistemas logísticos mejorados, por un suministro suficiente y continuo de productos anticonceptivos esenciales de alta calidad.

Se debería asegurar la confidencialidad;

d) Ampliar y mejorar la capacitación formal e informal en atención de la **salud reproductiva y planificación de la familia** de todos los proveedores de atención sanitaria, instructores y administradores de salud, incluida la capacitación en comunicaciones y orientación interpersonal;

e) Asegurar una atención complementaria adecuada, incluido el tratamiento de los efectos secundarios de la utilización de anticonceptivos;

7.25 A fin de atender el considerable aumento de la **demanda de anticonceptivos** en el futuro, en particular durante el próximo decenio, la comunidad internacional debería proceder inmediatamente a establecer un sistema eficaz de coordinación y servicios mundiales, regionales y subregionales para la adquisición de **anticonceptivos** y otros productos indispensables para los programas de salud reproductiva de los países en desarrollo y de los países con economías en transición. La comunidad internacional debería también considerar medidas tales como la transferencia a los países en desarrollo de tecnología que les permita producir y distribuir **anticonceptivos** de alta calidad y otros productos esenciales para los servicios de salud reproductiva, a fin de reforzar la autosuficiencia de esos países. A petición de los países interesados, la Organización Mundial de la Salud (OMS) debería continuar proporcionando asesoramiento sobre la calidad, seguridad y eficacia de los métodos de planificación de la familia.

D. Sexualidad humana y relaciones entre los sexos

Bases para la acción

7.34 La **sexualidad humana** y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su **fecundidad**. La relación de igualdad entre hombres y mujeres en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación, incluido el pleno respeto de la integridad física del **cuerpo humano exige el respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad personal de las consecuencias de la conducta sexual**. La conducta sexual responsable, la sensibilidad y la equidad en las relaciones entre los sexos, particularmente cuando se inculca durante los años formativos, favorecen y promueven las relaciones de respeto y armonía entre el hombre y la mujer.

Objetivos

7.36 Los objetivos son:

a) Promover el desarrollo adecuado de una **sexualidad responsable** que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos y contribuya a mejorar la calidad de la vida de las personas;

b) Velar por que el hombre y la mujer tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para lograr una buena **salud sexual** y ejercer sus **derechos y responsabilidades** en lo tocante a la **procreación**.

Bases para la acción

7.41 Hasta ahora los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de los **adolescentes** como grupo. La respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades de salud reproductiva de los adolescentes debería basarse en información que ayude a éstos a alcanzar el **grado de madurez** necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular, deberían facilitarse a los **adolescentes** información y servicios que les ayudaran a comprender su **sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados**, las enfermedades de **transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad**. Ello debería combinarse con la educación de los hombres jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo tocante a la **sexualidad** y la **procreación**....

V. PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS PREVENTIVOS DE ANTICONCEPCIÓN

La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de prevención del riesgo para la salud de las mujeres y los hombres, su aplicación está determinada por el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respecto a su dignidad, circunstancia que permite enunciar los principales Programas que tienen una vinculación directa con los métodos anticonceptivos.

V.1 Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018⁵³

El Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar y Anticoncepción, 2013-2018, tiene la finalidad contribuir a que la población disfrute de su vida sexual y reproductiva de manera informada, libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos, mediante el desarrollo de objetivos, estrategias y líneas de acción interinstitucionales en los tres órdenes de gobierno, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Objetivo 1. Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención.

Estrategia 1.1. Reposicionar la planificación familiar como componente esencial para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres.

Líneas de acción:

1.1.1. Impulsar acciones de información, educación y comunicación dirigidas a la población, a líderes de opinión y a tomadores de decisiones.

1.1.2. Promover los derechos sexuales y reproductivos de la población, tomando en cuenta la diversidad cultural y sexual.

1.1.3. Establecer coordinación con los sectores público, social y privado para promover la planificación familiar en áreas prioritarias del país.

1.1.4. Impulsar el desarrollo de encuestas y estudios de investigación para apoyar la toma de decisiones basada en evidencia.

1.1.5. Fortalecer los sistemas institucionales de información para monitorear y dar seguimiento a la operación y resultados del Programa.

1.1.6. Incentivar la evaluación y seguimiento de compromisos nacionales e internacionales en la materia.

1.1.7. Impulsar la transparencia y la rendición de cuentas en el ejercicio de los recursos y el avance del Programa.

Estrategia 1.2. Favorecer el acceso efectivo a servicios de calidad de planificación familiar y anticoncepción.

Líneas de acción:

1.2.1. Diseñar e implementar procedimientos efectivos para la adquisición de insumos anticonceptivos que permitan satisfacer las necesidades de la población

1.2.2. Monitorear permanentemente el abasto adecuado y oportuno de anticonceptivos modernos en todos los centros de atención.

⁵³ Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Secretaría de Salud. Disponible en: <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>
Fecha de Consulta: Marzo 2015.

1.2.3. Fortalecer las competencias del personal de salud en materia de planificación familiar y derechos reproductivos de la población.

1.2.4. Actualizar la normatividad y difundir las bases jurídicas del Programa en todos los niveles administrativos y operativos del mismo.

1.2.5. Propiciar el acceso oportuno a métodos anticonceptivos a toda mujer en situación de violencia sexual.

1.2.6. Intensificar las acciones de orientación-consejería y la calidad de los servicios de anticoncepción postevento obstétrico.

1.2.7. Fortalecer las acciones de planificación familiar y anticoncepción para satisfacer las necesidades de cada etapa de la vida reproductiva.

Estrategia 1.3. Fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial en salud reproductiva.

Líneas de acción:

1.3.1. Formalizar e incentivar la coordinación interinstitucional en planificación familiar y anticoncepción a nivel federal y estatal.

1.3.2. Estrechar la colaboración con organizaciones de la sociedad civil en materia de salud sexual y reproductiva.

1.3.3. Implementar acciones interinstitucionales para la prestación de servicios de planificación familiar de calidad y con absoluto respeto a la población.

1.3.4. Incentivar el intercambio de experiencias exitosas y buenas prácticas a nivel nacional e internacional.

Objetivo 2. Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social.

Estrategia 2.1. Establecer acciones coordinadas con instituciones de salud y otros sectores en las entidades federativas con mayor rezago en planificación familiar.

Líneas de acción:

2.1.1. Concertar acciones con autoridades de salud y organizaciones de la sociedad civil a nivel estatal, jurisdiccional y municipal.

2.1.2. Impulsar acciones intensivas de promoción y difusión en radiodifusoras locales y otros medios de comunicación.

2.1.3. Establecer programas de capacitación continua para personal prestador de servicios.

2.1.4. Monitorear el abasto de insumos anticonceptivos, particularmente en centros de atención de alta demanda y de difícil acceso.

2.1.5. Incentivar y supervisar el desarrollo y la operación del Programa en las entidades federativas con mayor rezago.

Estrategia 2.2. Fortalecer las redes de servicios de planificación familiar en áreas rurales y municipios indígenas.

Líneas de acción:

2.2.1. Incentivar la formación y capacitación de líderes sociales en salud sexual y reproductiva en áreas rurales e indígenas.

2.2.2. Favorecer la disponibilidad de traductores en centros de salud que atienden población predominantemente indígena.

2.2.3. Fomentar que la prestación de servicios se realice con enfoque intercultural y respeto a la cosmovisión de pueblos indígenas.

Estrategia 2.3. Impulsar servicios de planificación familiar y anticoncepción para mujeres con alto riesgo reproductivo.

Líneas de acción:

2.3.1. Fortalecer la competencia técnica y humanista del personal que proporciona servicios de salud sexual y reproductiva.

2.3.2. Mejorar la accesibilidad y calidad de servicios para personas en situación de desventaja social, en colaboración con las instancias correspondientes.

2.3.3. Prevenir embarazos en mujeres con alto riesgo reproductivo.

2.3.4. Implementar acciones de mercadeo social para responder a las demandas específicas de la población.

Objetivo 3. Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción.

Estrategia 3.1. Sensibilizar y concientizar a los hombres sobre la importancia de su responsabilidad en la planificación familiar y anticoncepción.

Líneas de acción:

3.1.1. Elaborar y difundir materiales de información, educación y comunicación específicos para hombres.

3.1.2. Promover el uso de condones masculinos y femeninos para prevenir embarazos no planeados e ITS.

3.1.3. Fomentar la aceptación de métodos definitivos entre la población masculina con paternidad satisfecha.

Estrategia 3.2. Impulsar el autocuidado y el uso de servicios de salud reproductiva entre hombres.

Líneas de acción:

3.2.1. Favorecer la participación activa del hombre en consultas de salud sexual y reproductiva, mediante la atención con enfoque de género.

3.2.2. Incrementar la eficiencia de los servicios de vasectomía sin bisturí, con enfoque de atención integral en salud sexual y reproductiva.

3.2.3. Fortalecer la capacidad técnica del personal prestador de servicio que otorga servicios de vasectomía.

3.2.4. Aumentar la oferta de los servicios de vasectomía sin bisturí”.

V.2 Programa de Acción Especifico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018⁵⁴

Hoy en día la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes ha adquirido relevancia en los años recientes en la medida que tenemos evidencia de su impacto en la salud y en las condiciones de vida de los jóvenes. El inicio temprano de su sexualidad en un medio que incentiva esta actividad, mientras que las familias ejercen presión en sentido contrario, conduce a los jóvenes a una experiencia sexual sin tomar las debidas precauciones, conduciendo a embarazos no planeados, limitando el desarrollo de sus capacidades educativas y laborales y por lo tanto, cancelando y dejando a un lado su proyecto de vida.

Es por ello que el presente programa pretende contribuir al desarrollo y bienestar de los adolescentes, mediante tres objetivos, diferentes estrategias y líneas de acción que permitan mejorar su salud sexual y reproductiva.

“Objetivo 1. Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Estrategia 1.1. Impulsar acciones de información, educación y comunicación sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, con enfoque intercultural.

Líneas de acción:

1.1.1. Difundir los derechos sexuales y reproductivos y el respeto a la diversidad sexual de la población adolescente.

1.1.2. Promover la educación integral en sexualidad en coordinación con diversas instancias de la Secretaría de Educación Pública.

⁵⁴ Programa de Acción Especifico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Secretaria de Salud. Disponible en: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes_2013_2018.pdf

1.1.3. Realizar y difundir campañas para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, en población adolescente.

1.1.4. Establecer coordinación con instituciones de salud y educación para homologar los contenidos educativos en la materia.

1.1.5. Implementar tecnologías de información y comunicación de vanguardia para la difusión de mensajes educativos entre la población adolescente.

Estrategia 1.2. Diseñar y/o instrumentar intervenciones focalizadas para población adolescente de áreas rurales e indígenas.

Líneas de acción:

1.2.1. Implementar campañas de información, educación y comunicación sobre salud sexual y reproductiva que atiendan las necesidades particulares de adolescentes.

1.2.2. Promover la formación de redes comunitarias de promotores juveniles en materia de salud sexual y reproductiva.

1.2.3. Diseñar e instrumentar un modelo de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes indígenas, con perspectiva intercultural.

1.2.4. Fomentar la coordinación con OSC para prevenir embarazos no planeados e ITS, incluyendo el VIH en áreas rurales e indígenas.

Objetivo 2. Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.

Estrategia 2.1. Impulsar el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Líneas de acción:

2.1.1. Generar diversas modalidades para brindar servicios específicos de atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

2.1.2. Reducir las barreras institucionales y culturales que limitan el acceso efectivo de adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva.

2.1.3. Promover la disponibilidad de servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes en todas las instituciones públicas de salud.

2.1.4. Desarrollar estrategias comunitarias para ampliar la cobertura del programa.

2.1.5. Fortalecer la coordinación institucional, interinstitucional e intersectorial, así como con OSC, en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Estrategia 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Líneas de acción:

2.2.1. Fortalecer la competencia técnica y humanista del personal que proporciona servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

2.2.2. Fomentar la oferta de un paquete básico de salud sexual y reproductiva en los servicios de atención a adolescentes.

2.2.3. Impulsar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en instituciones públicas de salud.

2.2.4. Mejorar el abasto de anticonceptivos y ampliar la gama de opciones, incluyendo anticoncepción de emergencia, para prevenir embarazos e ITS.

2.2.5. Promover la atención del embarazo en adolescentes como embarazo de alto riesgo, particularmente en menores de 15 años.

2.2.6. Fortalecer la infraestructura de servicios específicos para este tipo de población.

2.2.7. Promover la prueba de VIH entre mujeres con factores de riesgo y fortalecer la orientación consejería en este tema.

Estrategia 2.3. Instrumentar sistemas de evaluación, seguimiento y rendición de cuentas en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Líneas de acción:

2.3.1. Impulsar la implementación de sistemas de información institucionales homogéneos para monitorear y dar seguimiento a las acciones del programa.

2.3.2. Favorecer la rendición de cuentas, así como la evaluación y seguimiento de compromisos nacionales e internacionales en la materia.

2.3.3. Gestionar el desarrollo de proyectos de investigación para apoyar la toma de decisiones basadas en evidencia científica.

2.3.4. Establecer mecanismos de supervisión y asesoría continua a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

2.3.5. Elaborar informes periódicos sobre la operación y avance del programa.

Objetivo 3. Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente.

Estrategia 3.1. Fomentar una cultura de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.

Líneas de acción:

3.1.1. Sensibilizar a actores clave de la población para favorecer el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes.

3.1.2. Capacitar al personal de salud en aspectos técnicos basados en evidencia científica y en las mejores prácticas.

3.1.3. Difundir el marco jurídico y normativo de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.

3.1.4. Favorecer la aplicación de leyes que regulan los usos y costumbres que transgreden los derechos humanos de la población adolescente.

3.1.5. Colaborar en acciones interinstitucionales para propiciar el desarrollo económico y social de la población adolescente.

3.1.6. Impulsar la implementación de normas oficiales y lineamientos técnicos en la atención a la salud sexual y reproductiva de adolescentes.

Estrategia 3.2. Participar en acciones intersectoriales para erradicar la violencia sexual en contra de adolescentes.

Líneas de acción:

3.2.1. Fomentar la capacitación de docentes y personal de salud para identificar y referir casos de abuso y violencia sexual entre adolescentes.

3.2.2. Propiciar el acceso oportuno a métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia a toda adolescente en situación de violencia sexual.

3.2.3. Establecer procedimientos institucionales para la realización del aborto médico, de conformidad con lo previsto en la ley.

3.2.4. Incentivar la búsqueda intencionada de casos de violencia sexual en toda adolescente embarazada, principalmente en menores de 15 años de edad.

3.2.5. Impulsar la aplicación de la normatividad sobre violencia, en unidades que proporcionan servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

3.2.6. Promover la investigación sobre las formas de violencia sexual contra adolescentes”.

V.3 Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes⁵⁵

“El propósito de la ENAPEA es establecer las pautas que deberán cumplir las diferentes instancias involucradas de los sectores público, privado y social a nivel nacional, estatal y municipal para disminuir el embarazo en adolescentes en el país, bajo un marco de respeto a los derechos humanos y la garantía del pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Se han planteado cinco objetivos específicos, líneas de acción y actividades, con actores involucrados, asignándose responsabilidades con una mirada transversal e intersectorial y niveles de acción para el periodo 2014-2030. La gestión de presupuesto deberá ser garantizada durante los próximos 15 años”.

⁵⁵ Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Secretaria de Salud. Disponible en http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/Carrusel/ENAPEA_0215.pdf

“Objetivo 1. Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México.

Líneas de acción

1. Asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal.

2. Generar oportunidades laborales para la población adolescente acordes a su edad y en el marco de leyes y convenios, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal.

Objetivo 2. Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo.

Líneas de acción

3. **Implementar y sostener a lo largo del tiempo campañas de comunicación sobre los derechos sexuales y reproductivos, y los servicios amigables, con perspectiva de género, visión intercultural y adaptadas a las etapas de la adolescencia.** Dichas campañas deberán estar basadas en evidencia científica y en buenas prácticas, que integren intervenciones innovadoras a través de redes sociales, teléfonos celulares, mensajes de texto, así como el acompañamiento con materiales impresos y otras actividades culturales, ferias y unidades médicas móviles.

4. Promover acciones legislativas estatales para homologar los códigos penales estatales con la normatividad nacional e internacional en sus artículos relativos a violencia y abuso sexuales de menores. Por ejemplo, modificar las leyes de estupro, raptó, violación equiparada, violación a menores y matrimonios forzados.

5. **Fortalecer las acciones de prevención y atención de la violencia y el abuso sexual en niñas, niños y adolescentes con especial atención en las zonas rurales, indígenas y urbanas marginadas y de contexto migrante.**

6. Asegurar la prestación de servicios de **salud sexual y reproductiva para adolescentes con la eliminación de barreras legales, institucionales y culturales.**

7. Fortalecer las capacidades y espacios de incidencia de las y los adolescentes y jóvenes para la transformación de normas sociales y culturales sobre el ejercicio de la sexualidad y sus derechos sexuales y reproductivos.

8. Financiar proyectos que apliquen intervenciones basadas en evidencia para reducir factores de riesgo del embarazo en adolescentes.

9. Financiar proyectos de investigación para generar evidencia de modelos efectivos novedosos para el cambio de normas sociales, actitudes y prácticas favorables a la generación de entornos habilitantes en materia de prevención del embarazo en adolescentes.

Objetivo 3. Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad

Líneas de acción

10. Asegurar las condiciones institucionales para la provisión de toda la gama de métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP.

11. Garantizar el abasto y disponibilidad de los métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, en todas las unidades de salud que atienden a población adolescente.

12. Explorar estrategias novedosas para ofrecer métodos anticonceptivos (incluyendo los ARAP) por medio de diferentes esquemas de provisión.

13. Fortalecer la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad y la doble protección en el uso de métodos anticonceptivos.

Objetivo 4. Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Líneas de acción

14. Mejorar, ampliar y adecuar servicios amigables para adolescentes asegurando una atención igualitaria, aceptable, accesible y efectiva según los criterios de la OMS.

15. Promover acciones de mercadeo social en la población adolescente de los servicios disponibles de SSR amigables (provistos por el sector público, social y privado) con énfasis en aquellos grupos en condiciones de desventaja social.

16. Prevenir embarazos subsiguientes en madres adolescentes.

Objetivo 5. Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada
Líneas de acción

17. Fortalecer las capacidades de niños, niñas y adolescentes para asumir una vida plena, tal como lo recomienda el Comité de los Derechos del Niño en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de **educación integral en sexualidad**, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas escolares.
18. Garantizar procesos permanentes de capacitación y formación sistemática para otorgar al personal docente las condiciones adecuadas en la **enseñanza de contenidos de educación integral en sexualidad**.
19. Vincular a la escuela con el entorno comunitario y familiar en la promoción de la educación integral en sexualidad y el fomento del liderazgo y ciudadanía adolescente y juvenil, considerando las intervenciones basadas en evidencia”.

VI. RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA EL USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La Organización Mundial de la Salud nos proporciona dos documentos denominados “Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”⁵⁶ y “Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el uso de Anticonceptivos.”⁵⁷



Los “Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos” es un documento que enuncia un consenso de agencias internacionales, científicos y organizaciones responsables de políticas y programas de planificación familiar. Establece los criterios para el inicio y continuación de los métodos anticonceptivos. Contienen recomendaciones sobre quien puede usar los métodos de anticoncepción.

Las “Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos” contienen diversas controversias actuales e inconsistencias de manejo en relación a como maximizar la efectividad y manejar efectos colaterales de los métodos. Provee recomendaciones de consenso basadas en literatura científica de alto nivel de evidencia.

Es una guía para la administración de los anticonceptivos y contesta una serie de preguntas acerca de “Como usar los métodos anticonceptivos”.

Cabe destacar que los documentos se encuentran destinados a responsables en la elaboración de políticas, directores de programas de planificación familiar y la comunidad científica.

⁵⁶ El documento integro se encuentra disponible en la página de la Organización Mundial de la Salud. En la dirección de Internet:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf?ua=1

Fecha de Consulta: Marzo 2015.

⁵⁷ El documento integro se encuentra disponible en la página de la Organización Mundial de la Salud. En la dirección de Internet: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562843_spa.pdf?ua=1

Fecha de Consulta: Marzo 2015.

VII. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Los Objetivos del Milenio buscan atender las necesidades humanas más apremiantes y los derechos fundamentales que todos los seres humanos deberían disfrutar.

Dichos objetivos están conformados por ocho indicadores, integrados cada uno de ellos por diversas metas.

Los ocho ODM son los siguientes:⁵⁸

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre;
2. Lograr la enseñanza primaria universal;
3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer;
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años;
5. Mejorar la salud materna;
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades;
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, y
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

El objetivo cinco que busca mejorar la salud materna, se integra con dos metas y en su meta 5.B se pretende:

Lograr, para el año 2015, el acceso universal para la salud reproductiva, lo que se pretende a través de cuatro indicadores establecidos por la ONU:

- 5.3 Tasa de uso de anticonceptivos
- 5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes
- 5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)
- 5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

Sin embargo, es pertinente señalar que algunos de los indicadores a través de los cuales se podrá determinar si las metas fueron o no cumplidas, han sido reformulados por México,⁵⁹ tal es el caso del objetivo 5.3, quedando de la siguiente manera:

⁵⁸ Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, México, *Lista de Indicadores*, fecha de consulta 10 de junio de 2015, en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/ODM.exe/LOI,E>

⁵⁹ Reformulados, son aquéllos que se adecuaron considerando la disponibilidad de información. Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio México, *¿Cómo va México?*, fecha de consulta 29 de junio de 2015, en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/CDR,E>

Lista Oficial de la ONU ⁶⁰	Indicador Reformulado por México
5.3 Tasa de uso de anticonceptivos	5.3. Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil.

Salvo el objetivo 5.5 cuya institución responsable es la Secretaría de Salud, los otros tres están a cargo del Consejo Nacional de Población.

Ahora bien, de acuerdo con el Sistema de Información de los Objetivos del Milenio, los indicadores de la meta 5.B en México han sido cumplidos, lo que se infiere -tal y como el propio Sistema instruye-, de contrastar el dato inicial vs el dato más reciente, lo que permite observar si el indicador en cuestión mejora o no durante el periodo establecido.

Indicadores	1987	1988 - 1991	1992	1993 - 1996	1997	1998 - 2005	2006	2007 - 2008	2009	2010 - 2014	M E T A
Meta 5.B. Lograr, para el año 2015, el acceso universal para la salud reproductiva											
5.3. Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil.	ND ⁶¹	ND	63.1	ND	68.4	ND	70.9	ND	72.3	ND	A U M E N T A R
5.6. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.	25.1	ND	ND	ND	12.2	ND	12.0	ND	10.0	ND	R E D U C I R

Fuente: Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *¿Cómo va México?*⁶²

Por lo tanto, de lo anterior se tiene entonces que en el caso del indicador 5.3 sobre la prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil se considera que se ha cumplido pues dicha prevalencia ha ido en aumento pues de 63.1 que se contempla en el año de 1992 pasó a 72.3 para 2009. Igualmente en el caso del indicador 5.6 relativo a la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, ésta se ha ido reduciendo de 25.1 en el año de 1987 a 10.0 en 2009.

⁶⁰ Lista oficial de la ONU, son los indicadores que se calcularon tal como lo establece la ONU. *Idem.*

⁶¹ ND: No disponible

⁶² *Idem.*

VIII. INICIATIVAS PRESENTADAS EN LA LXII LEGISLATURA

INICIATIVAS DE REFORMA A LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCION

No. de Iniciativa	Fecha de publicación en Gaceta Parlamentaria	Reforma(s) y/o adición(es)	Presentado por:	Estado de la Iniciativa
1	Número 3760-X, martes 30 de abril de 2013.	Reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de salud sexual y reproductiva.	Diputadas integrantes de la Comisión de Equidad y Género.	Turnada a la Comisión de Salud.
2	Número 4221-IV, martes 24 de febrero de 2015. (3233)	Reforma el artículo 67 de la Ley General de Salud, para asegurar que toda persona, sin importar su edad, tenga acceso a métodos anticonceptivos y de anticoncepción de emergencia.	Diputada Merilyn Gómez Pozos, Movimiento Ciudadano.	Turnada a la Comisión de Salud. Dictaminada en sentido negativo el miércoles 29 de abril de 2015, se considera asunto totalmente concluido.
3	Número 4216-VII, martes 17 de febrero de 2015. (3251)	Reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de salud reproductiva.	Diputada Martha Lucía Mícher Camarena, PRD.	Turnada a la Comisión de Salud.

VIII.1 EXTRACTO DE LA EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

INICIATIVA (1)

Desde que se realizó en **1994** la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto, los estados participantes acuñaron el **concepto de salud reproductiva** y adquirieron el compromiso de adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre mujeres y hombres, el acceso universal a esos servicios, así como a aquellos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Dicho planteamiento se ratificó en la comunidad internacional en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995.

Alrededor de veinte años antes, en la década los 70, se había ya promulgado en nuestro país una Ley General de Población y elevado a rango constitucional el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de las hijas e hijos; sin embargo, desde entonces y hasta ahora, a pesar de los compromisos internacionales adquiridos por México y de la obligación constitucional de respetar los derechos humanos, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva está confinado a la atención materno-infantil y a la planificación familiar.

A dicha situación contribuye de manera fundamental el hecho de que el término de salud reproductiva ni siquiera está contemplado en el texto vigente de la Ley General de Salud y tan sólo se regula de manera fraccionada, en los apartados referentes a la salud materno-infantil y a la planificación familiar, sin que se haga un reconocimiento expreso de los derechos de las personas. En el caso de la salud sexual, dicha ley únicamente hace referencia a la educación sexual en el apartado relativo a la planificación familiar.

En ese sentido, la carencia de una legislación que aborde específicamente los temas de salud sexual y reproductiva constituye una omisión por parte del estado que permite la reiteración de prácticas sociales que socavan su protección, reproduciendo tácitamente la ancestral caracterización del ejercicio de la sexualidad como un mero medio para la reproducción de las y los seres humanos.

El pleno reconocimiento de los **derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos de las personas**, protegidos por lo que señala el artículo 1o. de nuestra Constitución implica que estos derechos no sólo deban ser vistos como límites a la acción del estado o los particulares, sino que también deben ser considerados como el establecimiento de obligaciones que implican acciones en torno a la garantía de su ejercicio.

No podemos ignorar que la situación de la salud sexual y reproductiva en nuestro país es compleja: tenemos aún altos índices de mortalidad materna que hacen prever que no se alcanzará la meta de reducción planteada por los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**; hay un número elevado de embarazos no deseados, especialmente en mujeres adolescentes; se incrementan los casos de infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/Sida, y las personas padecen de manera rutinaria las barreras ideológicas que impiden el acceso pleno a los servicios e insumos de salud sexual y reproductiva, entre otros muchos problemas.

Por ello se hace necesario **proponer un marco legal que contemple los principios y acciones que debe realizar el estado para garantizar la protección y promoción de los derechos sexuales y reproductivos en México.**

En ese sentido, es esencial que se creen las condiciones legales y operativas que faciliten el ejercicio de esos derechos. **La regulación de la sexualidad y la procreación, desde la perspectiva de los derechos humanos, torna ineludible que el ejercicio de la sexualidad deje de estar subordinado a la finalidad de procreación, y que la reproducción deje de ser caracterizada como una consecuencia obligada del ejercicio de la sexualidad.**

Congruente con lo anterior, la presente iniciativa **propone que se incluya el concepto de salud sexual y reproductiva, término que, como ya se ha dicho, es aceptado internacionalmente desde hace más de veinte años en el marco de los derechos humanos y de la salud, como materia de salubridad general y, por lo tanto, motivo de concurrencia entre federación y estados, en términos constitucionales.**

Cabe mencionar que, para dotar de pleno sentido y evitar las interpretaciones de carácter ideológico, la propia iniciativa plantea una definición de salud reproductiva, en la cual, ésta se entiende como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Dicha definición deriva del concepto acuñado en El Cairo en 1994, y que es, además, usado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es congruente con lo que establece el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, instrumento vinculante suscrito y ratificado por México.

Asimismo, se propone que **la prestación de los servicios integrales de salud reproductiva tenga carácter prioritario, especificando que dichos servicios son el conjunto de insumos e intervenciones que contribuyen a la salud y al bienestar de mujeres y hombres al prevenir, proteger y controlar los problemas relacionados con la salud reproductiva.**

Con la intención de no dejar lugar a dudas de los servicios a los cuales las personas tienen derecho en el ámbito de la salud reproductiva, la iniciativa los enlista e incluye los siguientes:

I. Salud sexual y reproductiva de las personas adolescentes;

II. Información, educación y consejería en sexualidad humana y salud reproductiva;

III. Atención materno-infantil;

IV. Planificación familiar, que incluye el acceso a métodos anticonceptivos y a los servicios de reproducción asistida;

V. Prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y control del cáncer y de los demás padecimientos que afectan a los órganos reproductivos;

VI. Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida;

VII. Atención de la perimenopausia y postmenopausia, así como en la andropausia, y

VIII. Prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, incluyendo los servicios de aplicación de anti retrovirales y antibióticos de profilaxis postexposición, de anticoncepción de emergencia e interrupción legal del embarazo en concordancia este último con lo que establezcan las disposiciones penales de las entidades federativas de la república mexicana.

Este listado refleja la evolución del concepto de salud reproductiva desde el Plan de Acción de la Conferencia de El Cairo e incorpora todas aquellas materias que, de acuerdo con los consensos internacionales, son materia integrante de la salud reproductiva. La iniciativa aborda cada uno de los servicios enlistados en lo particular, señalando los derechos de las personas y las obligaciones de las autoridades en la materia.

En el texto vigente de la Ley General de Salud la operación de los servicios de planificación familiar y atención materno-infantil se encuentra asignada a las entidades federativas. Si bien eso no implica por sí mismo que los estados definan de manera autónoma las acciones en la materia, puesto que la ley es clara al señalar que la definición de la política y la asignación de los recursos corresponde a la federación, algunas entidades federativas interpretan su obligación de operar los servicios como un pretexto para limitar en los hechos el acceso a los servicios por razones ideológicas.

Ante esta realidad, la iniciativa plantea “federalizar” la operación de los servicios de salud reproductiva, para garantizar la homogeneidad en el acceso a los mismos, bajo una perspectiva de derechos humanos.

En congruencia con el uso de una nomenclatura más adecuada, la iniciativa ajusta la denominación del Capítulo V del Título Tercero para que, en lo sucesivo, se llame “**Salud Sexual y Reproductiva**”, agrupando en éste los artículos sustantivos en la materia.

La perspectiva de derechos humanos y la perspectiva de género son los ejes conductores de la presente iniciativa. En ese tenor, se señala que en la prestación de los servicios de salud reproductiva debe garantizarse el respeto a los derechos reproductivos de parte de todo el personal de salud, con énfasis especial en el respeto al consentimiento informado, la confidencialidad y la privacidad de las personas usuarias, así como en la disponibilidad de los medios necesarios para el ejercicio de los mismos, incluyendo el acceso a los insumos y las intervenciones esenciales determinados por la Organización Mundial de la Salud y otras instancias internacionales correspondientes.

El aseguramiento de los insumos y las intervenciones que permitan garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es fundamental, como lo es también que los insumos e intervenciones que el estado proporcione sean los idóneos definidos y evaluados por organismos internacionales tomando en consideración los criterios científicos y la evidencia disponible más reciente y sólida.

La presente iniciativa tiende a subsanar la omisión histórica que como sociedad hemos perpetuado al sólo realizar una defensa ideológica de los derechos sexuales, olvidando la importancia que tiene la necesidad de su concreción normativa.

Con la definición de salud sexual se pretende visibilizar la existencia de los derechos sexuales, con un contenido normativo determinable y exigible.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en Cairo en 1994 establece que la salud sexual, tiene como objetivo “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”

Es importante señalar que el desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procrear son dos derechos estrictamente vinculados con la dignidad de la persona y el desarrollo de sus capacidades, por eso, es necesario que esos derechos sean garantizados como parte del derecho a la salud.

La OMS define la salud sexual (2002) como:

“Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”.

Asimismo la OMS precisa que la sexualidad es:

“El conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo”.

La presente propuesta legislativa resultaría incompleta si omitiera referirse al derecho a la salud sexual y reproductiva de las personas menores de edad, ya que ésta es regulada de manera deficiente por la Ley General de Salud, cuyas disposiciones se limitan a señalar que en las actividades relativas a la planificación familiar se debe incluir la información y orientación educativa para las personas adolescentes y jóvenes.

Expresado de manera más contundente: nuestro país carece de disposiciones adecuadas en materia de salud que respalden el acceso de las personas adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva. Ese vacío jurídico abona a situaciones como el temor del personal de salud a represalias de las madres y padres o de las personas que sean tutoras de las y los adolescentes, la falta de información o la dificultad para su acceso, entre otros, favorezcan el incremento de los embarazos en adolescentes y, derivado de éste, el incremento en la mortalidad materna entre ese sector de la población.

En ese sentido, la iniciativa señala como obligatoria la prestación de los siguientes servicios de salud sexual y reproductiva a las personas adolescentes:

- I. Prevención, tratamiento, y control de las infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de la inmunodeficiencia humana;
- II. Prevención y atención integral de adolescentes y mujeres con embarazos no planeados y/o no deseados;
- III. Difusión de información completa, comprensible, veraz, oportuna y objetiva, basada en la evidencia científica, laica y libre de prejuicios sobre los métodos anticonceptivos, así como el acceso a dichos métodos;
- IV. Oferta de educación sexual completa, comprensible, veraz, oportuna y objetiva, basada en la evidencia, a través de las instituciones del sistema educativo nacional;
- V. Medidas de prevención de riesgos para la salud de este grupo poblacional, sin que dichas acciones impliquen injerencias arbitrarias que interfieran o pretendan interferir con el libre ejercicio de sus derechos, y

VI. Las demás que determinen las disposiciones reglamentarias y normativas.

Además, la iniciativa elimina barreras del acceso al derecho a la salud vinculadas con la edad, dotando de relevancia jurídica a su consentimiento informado, en concordancia con el marco jurídico nacional e internacional, como se explica más adelante y excluyendo el requisito de contar con el acompañamiento de una persona adulta, salvo en aquellos casos en que la situación (como, por ejemplo, un procedimiento quirúrgico o irreversible) lo haga estrictamente necesario.

...
...
...
...
...

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) registró que para 2011 había 11 mil 521 madres menores de 15 años; de ellas, mil 720 (14 por ciento) tenían más de un hijo/a vivo/a con registro civil.

De acuerdo con datos de los dos censos de población más recientes realizados por el Inegi, al comienzo de esta década cerca de 30 mil niñas de entre 12 y 15 años de edad ya tenía por lo menos un hijo o hija.

En México el promedio de hijos nacidos vivos en el grupo de edad de los 15 a 19 años es de 0.2 por ciento según el Censo 2010 del Inegi; es decir que las mujeres de entre 15 y 19 años habían tendido en promedio 0.2 hijos/as nacidos/as vivos/as.

Para el trienio 2006-2008, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID 2009) ya había registrado 70.4 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Por su parte la Secretaría de Salud estimó que de los dos millones de nacimientos que ocurren en nuestro país cada año, 480 mil corresponden a mujeres entre los 14 y 19 años de edad.

Es así como podemos observar que en 2010 casi 700 mil jóvenes de entre 12 y 19 años de edad eran madres, pero apenas una década antes la cifra se ubicaba en 600 mil, por lo tanto no podemos negar que el embarazo precoz ha repuntado.

Por otra parte pero en el mismo sentido, en 2009 ocurrieron mil 281 defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Con este número de defunciones, la razón de mortalidad materna del país es de 66 fallecimientos por cada cien mil nacidos vivos. El embarazo de las adolescentes y de las mujeres que se encuentran al final de su periodo reproductivo es particularmente de alto riesgo.

Ante la realidad, sería un desacierto muy grave que la Cámara de Diputados, sigamos normalizando el embarazo en niñas y adolescentes, ya que en lugar de colaborar en la disminución de esta situación, colaboraríamos en la perpetuación de un problema social que perjudica principalmente a millones de niñas y adolescentes naturalizando que niñas de 12 años y menos sean madres y jefas de familia.

El Plan Nacional de Población 2008-2012 estableció como meta llegar a 58 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en México la tasa en 2010 fue de 70.6, esto evidentemente es un fracaso de nuestro país en la disminución del embarazo adolescente.

Los Objetivos del Milenio, establecidos por los países miembros de Naciones Unidas, contemplan reducir para 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes y también bajar la tasa de embarazos de adolescentes. Estamos muy lejos de alcanzar los objetivos del milenio en la materia e incluso de cumplir con la meta que se puso el gobierno federal en el Plan Nacional de Población 2008-2012 que establece 58 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes.

México se encuentra casi al mismo nivel de otros países de la región como Brasil, Colombia y Paraguay; pero también está al mismo nivel de países africanos como Ghana y Etiopía.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) advirtió en el reporte Objetivos de Desarrollo del Milenio, informe 2010, que se estancó la reducción de embarazos de adolescentes, lo cual deja a las madres jóvenes en situación de riesgo y perpetúa la espiral de la pobreza. Los datos de las regiones con mayor índice de embarazo de adolescentes dejan en claro que las jóvenes de los hogares más pobres tienen una probabilidad tres veces mayor de quedar embarazadas. En las áreas rurales la tasa de nacimientos entre adolescentes es casi el doble de la registrada en las áreas urbanas. Pero las mayores disparidades están vinculadas a la educación: las adolescentes con educación secundaria tienen menos probabilidad de quedar embarazadas. La tasa de alumbramientos entre las jóvenes sin educación es más de cuatro veces mayor.

De acuerdo con cifras del Inegi, correspondientes a 2012, estados del norte del país, como Coahuila, Nayarit y Sinaloa muestran los mayores porcentajes de embarazos adolescentes; Durango es la entidad con la más alta tasa de fecundidad entre mujeres de 15 a 19 años, con 79.56 por ciento.

El estudio destaca que el Distrito Federal, Querétaro y Colima reportan el menor número de embarazos en mujeres de entre 15 a 19 años, dichas entidades muestran un porcentaje de 36.39, 44.45 y 44.53 respectivamente.

Les siguen Yucatán, San Luis Potosí, Jalisco, Oaxaca, Tlaxcala y Guanajuato, cuyas incidencias en este rubro se sitúan entre 44.53 y 54.55 por ciento.

Es por lo anterior que consideramos que la presente iniciativa constituye una gran aportación para que el embarazo adolescente sea tratado en nuestro país con políticas de prevención y de atención acordes con la realidad pero sobre todo a favor de la disminución del mismo para que las niñas y las adolescentes tengan mayores oportunidades y dejen de ser vulneradas en sus derechos en virtud de ser madres a temprana edad contribuyendo a evitar condiciones de riesgo para su salud, el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles, siendo de interés público la preservación de la seguridad, vida y salud de las niñas y las adolescentes, y a garantizar que las mismas tendrán acceso a la información y a los métodos anticonceptivos que, previo consentimiento informado, constituya la mejor alternativa, incluyendo aquellos que sean necesarios para evitar el embarazo de adolescentes y el contagio de infecciones de transmisión sexual.

...
...
...
...
...
...
...
...
...
...

Actualmente la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, ya contempla las obligaciones de los prestadores de servicios de salud en aquellos supuestos que las disposiciones locales permiten la interrupción legal del embarazo.

No obstante, se estima necesario retomar y fortalecer dichas obligaciones al elevarlas a la Ley General de Salud y precisarlas para contribuir a garantizar el acceso efectivo. En ese tenor, la iniciativa incluye una disposición que obliga a las instituciones públicas de Sistema Nacional de Salud a contar y ofrecer servicios de interrupción legal del embarazo de manera gratuita, en condiciones de seguridad y con calidad, en los supuestos permitidos por la legislación penal que resulte aplicable, cuando la mujer interesada así lo solicite.

Asimismo, se establece que las instituciones públicas deberán contar con personal médico y de enfermería capacitado en los procedimientos quirúrgicos y médicos de interrupción del embarazo no objetores de conciencia. Si en el momento de la solicitud de atención no se pudiera prestar el servicio de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la usuaria a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura de atención con calidad. No podrá alegarse objeción de conciencia en casos de violación, ni cuando la vida o la salud de las mujeres se encuentren en peligro y deba brindarse atención inmediata.

Respecto a este último punto es importante resaltar que la iniciativa parte de la premisa de que vivimos en una sociedad en donde las personas tienen una pluralidad de creencias. Dado que el Estado mexicano es laico y reconoce esa diversidad, no puede imponer una determinada moral como única y universal, sino respetar esta diversidad de creencias. En ese pluralismo se reconoce el derecho de los médicos de quedar exentos del deber jurídico de realizar la interrupción de un embarazo, siempre que por sus convicciones personales, éticas o religiosas, objeten en conciencia, sin que ello signifique que puedan desconocer el derecho de las mujeres de acceder a la prestación de los servicios médicos para la interrupción del embarazo, ya que invariablemente debe existir la correlativa obligación de las instituciones públicas de salud de contar con médicos no objetores. Sólo así se puede asegurar la prestación de los servicios, en tanto que tratándose del supuesto en que la mujer embarazada corra peligro de afectación a su salud o a su vida, debe ponderarse la obligación de atender médicamente a la mujer.

...

...

Sin embargo, la perspectiva actual de la Ley General de Salud no sólo no reconoce el derecho de acceder a los beneficios de ese progreso, sino que interpreta la libre decisión reproductiva consagrada en el artículo 4o. constitucional como un asunto acotado a la anticoncepción.

Dicha perspectiva es limitada, ya que deja de lado que la libertad de decisión abarca también la obligación del estado de proveer los medios para que todas las personas que así lo deseen puedan materializar sus derechos reproductivos, que incluyen la posibilidad de ser padres o madres, ante situaciones que incluyen cuestiones que van desde la infertilidad hasta el reconocimiento de las familias mono y homoparentales.

En ese sentido, la iniciativa señala específicamente que la planificación familiar incluye tanto la anticoncepción como la reproducción humana asistida, siendo ambos componentes esenciales del derecho a la libre decisión reproductiva.

En el ejercicio de esa libertad, la información es un elemento indispensable. En reconocimiento a ello la presente iniciativa establece la obligación del Estado mexicano de garantizar el acceso a información completa, comprensible, veraz, oportuna y basada en evidencia científica, laica y libre de prejuicios, que permita a las personas tomar decisiones libres, informadas y responsables en materia de anticoncepción y reproducción asistida.

...

La salud reproductiva comprende el bienestar de las personas más allá de la etapa estrictamente reproductiva. Es por ello que la iniciativa establece la obligación de la Secretaría de Salud de establecer normas y proveer servicios de salud para prevenir y controlar enfermedades en la etapa post-reproductiva de hombres y mujeres; es decir, en la andropausia y menopausia, respectivamente.

Cabe mencionar que, en la actualidad, únicamente existe una norma oficial mexicana dirigida a proporcionar atención en la peri y post-menopausia, lo que implica que no existen disposiciones orientadas a brindar servicios a los hombres una vez que han concluido su vida fértil.

Los cánceres del aparato reproductivo se encuentran hoy entre las principales causas de mortalidad en México. Si bien actualmente se encuentran operando programas y normas cuyo objetivo son los cánceres de mama y cérvico-uterino, existen muchos otros que afectan a mujeres y hombres y requieren de acciones decididas de la Secretaría de Salud para su atención. Por ello, la iniciativa propone señalar claramente la obligación de las autoridades de regular y proveer los servicios para tal propósito.

...

Sin embargo, se estima esencial dejar plasmado en la ley la obligación detectar, prevenir, brindar atención médica y orientación en la materia, con el objetivo de armonizar las disposiciones sanitarias con el resto de la legislación vigente que aborda el tema de la violencia.

Finalmente, queremos destacar que la presente iniciativa es congruente con la obligación contenida en el artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de legislar conforme al principio pro persona, que significa atender al criterio normativo que favorezca el ejercicio más amplio de derechos.

Es oportuno precisar que el Estado mexicano de acuerdo a la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, debe traducir los tratados internacionales a los ordenamientos jurídicos mexicanos, compromiso que se conoce como un proceso de “armonización legislativa”.

Es importante señalar que la armonización legislativa en materia de derechos humanos no es una cuestión optativa sino un deber jurídico resultado de las obligaciones contraídas por el Estado mexicano cuyo incumplimiento u omisión implica responsabilidad que puede derivar en recomendaciones.

En julio de 2012, el Comité de la Convención para Eliminar todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) examinó los informes periódicos séptimo y octavo combinados de México. Este ejercicio, permitió evidenciar los avances registrados, referir los motivos de preocupación y formular una serie de recomendaciones al Estado mexicano entre los **temas analizados destaca el de armonización legislativa, con los instrumentos nacionales e internacionales de derechos humanos de las mujeres.**

...

INICIATIVA (2)

I. Planteamiento del problema

...

Ahora bien, desde la década de los 70, se había promulgado en México, una Ley General de Población y promulgado a nivel constitucional el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de las hijas e hijos. No obstante, al día de hoy, a pesar de que existen múltiples compromisos internacionales adquiridos por nuestro país y que hay una obligación constitucional de respetar los derechos humanos, el acceso a los servicios de salud reproductiva continúa confinado a la atención materno-infantil y a la planificación familiar.

A dicha situación contribuye de manera fundamental el hecho de que el concepto de salud reproductiva ni siquiera está contemplado en el texto vigente de la Ley General de Salud y tan sólo se regula de manera fraccionada, en los apartados referentes a la salud materno-infantil y a la planificación familiar, sin que se haga un reconocimiento expreso de los derechos de las personas.

En ese sentido, la carencia de una legislación que aborde específicamente los temas de salud reproductiva constituye una omisión por parte del Estado que permite la reiteración de prácticas sociales que socavan su protección, reproduciendo tácitamente la ancestral caracterización del ejercicio de la sexualidad como un mero medio para la reproducción de las y los seres humanos.

El pleno reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos de las personas, protegidos por lo que señala el artículo 1o. de la Constitución, implica que éstos derechos no sólo deban ser vistos como límites a la acción del Estado o los particulares, sino que también deben ser considerados como el establecimiento de obligaciones que implican acciones en torno a la garantía de su ejercicio.

No podemos soslayar la salud reproductiva en nuestro país es una situación compleja: existen altos índices de mortalidad materna que hacen prever que no se alcanzará la meta de reducción planteada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio; hay un número elevado de embarazos no deseados, especialmente en mujeres adolescentes; se incrementan los casos de infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/sida, y las personas padecen de manera rutinaria las barreras ideológicas que impiden el acceso pleno a los servicios e insumos de salud reproductiva, entre otros muchos problemas.

Por ello se hace necesario proponer un marco legal que contemple los principios y acciones que debe realizar el Estado para garantizar la protección y promoción de los derechos reproductivos en México.

Así, resulta esencial que se creen las condiciones legales y operativas que faciliten el ejercicio de esos derechos. La regulación de la sexualidad y la procreación, desde la perspectiva de los derechos humanos, torna ineludible que el ejercicio de la sexualidad deje de estar subordinado a la finalidad de procreación, y que la reproducción deje de ser caracterizada como una consecuencia obligada del ejercicio de la sexualidad.

Congruente con lo anterior, la presente iniciativa propone que se incluya el concepto de salud reproductiva, término que, como ya se ha dicho, es aceptado internacionalmente desde hace más de veinte años en el marco de los derechos humanos y de la salud, como materia de salubridad general y, por lo tanto, motivo de concurrencia entre federación y estados, en términos constitucionales.

Cabe mencionar que, para dotar de pleno sentido y evitar las interpretaciones de carácter ideológico, la propia iniciativa plantea una definición de salud reproductiva, en la cual, ésta se entiende como el estado de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos; entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual saludable y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo y no hacerlo, cuando y con qué frecuencia, en condiciones de igualdad para la mujer y el hombre.

Esta definición resume de manera substancial el concepto de salud reproductiva desarrollado en el párrafo 7.2 del Programa de Acción de El Cairo, el cual señala:

7.2. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

A mayor abundamiento el concepto planteado en la iniciativa, abona a que la misma sea armónica con los más altos estándares en la materia; es el utilizado por la Organización Mundial de la Salud y es congruente con lo que establece el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, instrumento vinculante suscrito y ratificado por México.

Asimismo, se propone que la prestación de los servicios integrales de salud reproductiva tenga carácter prioritario, especificando que dichos servicios son el conjunto de insumos e intervenciones que contribuyen a la salud y al bienestar de mujeres y hombres al prevenir, proteger y controlar los problemas relacionados con la salud reproductiva.

II. Argumentos

Con la intención de no dejar lugar a dudas de los servicios a los cuales las personas tienen derecho en el ámbito de la salud reproductiva, la iniciativa los enlista e incluye los siguientes:

I. Educación para la salud sexual y reproductiva, especialmente de las personas adolescentes, proveyendo información objetiva, veraz, oportuna y basada en la mejor evidencia científica disponible;

II. Atención materno-infantil;

- III. Planificación familiar y anticoncepción, que incluye el acceso a métodos anticonceptivos y servicios de reproducción humana asistida;
- IV. Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida;
- V. Prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer y de los demás padecimientos que afectan a los órganos reproductivos;
- VI. Atención de la salud post reproductiva, y
- VII. Prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, y
- VIII. Otras que establezca la Secretaría de Salud

Este listado refleja la evolución del concepto de salud reproductiva desde el Plan de Acción de la Conferencia de El Cairo e incorpora todas aquellas materias que, de acuerdo con los consensos internacionales, son materia integrante de la salud reproductiva. La iniciativa aborda cada uno de los servicios enlistados en lo particular, señalando los derechos de las personas y las obligaciones de las autoridades en la materia.

En el texto vigente de la Ley General de Salud la operación de los servicios de planificación familiar y atención materno-infantil se encuentra asignada a las entidades federativas. Si bien eso no implica por sí mismo que los estados definan de manera autónoma las acciones en la materia, puesto que la Ley es clara al señalar que la definición de la política y la asignación de los recursos corresponde a la Federación, algunas entidades federativas interpretan su obligación de operar los servicios de manera discrecional, limitando en los hechos el acceso a los servicios por diversas razones, incluyendo razones ideológicas.

En congruencia con el uso de una nomenclatura más adecuada, la iniciativa ajusta la denominación del Capítulo V del Título Tercero para que, en lo sucesivo, se llame "Salud reproductiva", agrupando en éste los artículos sustantivos en la materia.

La perspectiva de derechos humanos y de género son los ejes conductores de la presente iniciativa. En ese tenor, se parte de uno de los principios fundamental del sistema jurídico mexicano: el derecho a la igualdad y no discriminación contenido en el artículo 1º de la Constitución Federal así como en varios tratados internacionales, particularmente en la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que en su artículo 12 establece que los Estados tienen la obligación de eliminar la discriminación en el ámbito de la salud. En este sentido, como lo ha reiterado el Comité CEDAW, los Estados deben implementar todas las medidas necesarias, de carácter legislativo, administrativo y judicial para promover y garantizar la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres. Por lo tanto, se señala que los servicios de salud reproductiva se deberán prestar a todas las personas sin discriminación alguna por motivos de sexo, edad, condición social o económica, condiciones de salud, lengua, religión, opiniones, orientación sexual, identidad de género, estado civil o por cualquier otro motivo.

Asimismo, se establece que se deberá mantener en todo momento la confidencialidad y privacidad de los usuarios de los servicios y que, previo a la prestación de éstos, se deberá contar con su consentimiento informado.

De este modo, la presente iniciativa tiende a subsanar la omisión histórica que como sociedad hemos perpetuado al sólo realizar una defensa ideológica de los derechos reproductivos, olvidando la importancia que tiene la necesidad de su concreción normativa.

Por otro lado, la presente propuesta legislativa resultaría incompleta si omitiera referirse a la educación para la salud sexual y reproductiva de las personas menores de edad.

En ese sentido, la iniciativa señala que, como parte de los servicios de salud reproductiva, se deberá impartir educación para la salud sexual y reproductiva a las personas adolescentes, mediante la cual se proporcione información objetiva, veraz, oportuna y basada en la mejor evidencia científica disponible.

Además, la iniciativa elimina barreras del acceso al derecho a la salud vinculadas con la edad, al establecer que el consentimiento informado de las personas adolescentes tendrá relevancia jurídica para efectos de la prestación de servicios de salud reproductiva, tomando en consideración su interés superior y los criterios de madurez y desarrollo. El consentimiento informado previo a la prestación de servicios de salud reproductiva

que impliquen una intervención quirúrgica irreversible en menores de edad, deberá ser ratificado por los padres o tutores legales, salvo en casos de urgencia médica.

Esta disposición es acorde a lo establecido por el artículo 12.1 de la Convención de los Derechos del Niño, que obliga a los Estados a garantizar a la persona menor que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afecten, y a tener en cuenta las opiniones de la niña o niño, en función de su edad y madurez. Asimismo, parte del principio de no discriminación reconocido por el artículo 1 de la Constitución a partir del cual se debe reconocer que el ejercicio de los derechos humanos, como lo es el derecho a la salud, no depende ni puede ser negado debido a la edad de la persona.

Es por tal motivo que esta iniciativa propone conceder relevancia a la satisfacción de las necesidades de salud reproductiva de las personas adolescentes, así como respetar sus derechos y decisiones, que deben ponderarse sobre las decisiones de quienes ejercen la patria potestad con el objetivo de garantizar la mayor protección a los intereses y derechos humanos de los menores.

De igual manera, la iniciativa es consecuente con lo establecido en el artículo 50 fracción VI de la Ley General de Niñas, Niños y Adolescentes, el cual plantea entre otras obligaciones del Estado, establecer las medidas tendentes a prevenir embarazos de las niñas y adolescentes. Asimismo, el artículo 58 fracción VIII de dicho ordenamiento establece que la educación, tendrá entre otros fines: la promoción de la educación sexual integral conforme a su edad, el desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez, de las niñas, niños y adolescentes que le permitan a las niñas, niños y adolescentes ejercer de manera informada y responsable sus derechos consagrados en la constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en las leyes y los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte.

Por ello, el ejercicio de los derechos de las personas adultas no podrá en ningún momento, ni en ninguna circunstancia, condicionar el ejercicio de los derechos de las personas menores de edad. En consecuencia, el ejercicio de la patria potestad no debe atentar contra la integridad física o mental de las personas menores de edad, ni debe actuar en menoscabo de su desarrollo, y debe corresponder a las diversas instancias de gobierno asegurarles la protección y el ejercicio de sus derechos.

A mayor abundamiento, esta iniciativa es armónica con la Estrategia Nacional para Prevenir el Embarazo en Adolescentes¹, presentada el 23 de enero de 2015, por el Ejecutivo federal, en la cual se señala entre otros objetivos específicos, crear un entorno que favorezca decisiones libres y acertadas sobre su proyecto de vida y el ejercicio de su sexualidad, en particular se resalta la línea de acción 2.1.3: Acceso efectivo a servicios clínicos de SSR especializados en adolescentes (“servicios amigables” o “clínicas amigas”).

Al respecto, se debe considerar que es del más indiscutible interés público la preservación de la seguridad, la vida y la salud de las y los adolescentes, y que tales bienes fundamentales se ven socavados ante la nula educación en materia de salud sexual y reproductiva, con la cual se evitaría que aquellas personas adolescentes que libremente deciden ejercer su sexualidad con las restricciones impuestas por la legislación, vean vulnerados sus derechos fundamentales.

La perspectiva de la Ley General de Salud vigente en materia de atención materno-infantil es la de la protección del binomio “madre-hijo”, lo cual conlleva consecuencias jurídicas adversas en la atención de situaciones tales como las emergencias obstétricas, donde dicha perspectiva debe ponderarse para proteger la vida de las mujeres. En ese sentido, la presente iniciativa pretende romper con esa perspectiva de protección al binomio, reformando varias de las disposiciones de la ley que abordan el tema, para concentrarse en los distintos tipos de atención que cada uno de los integrantes del referido binomio requiere.

Es importante referir que la iniciativa reconoce y recoge la importancia de la detección oportuna de complicaciones y patologías en el embarazo, misma que ya se regula en el ámbito de las normas oficiales mexicanas pero que no tiene respaldo en la ley. Con esto, se refuerza el carácter del derecho que tienen las mujeres a una adecuada y oportuna atención en el embarazo.

Un punto fundamental de la iniciativa es la inclusión de una definición de embarazo en la Ley General de Salud. En la actualidad, el marco jurídico sanitario únicamente contempla las definiciones de embarazo a nivel reglamentario (Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación)

y normativo (norma oficial mexicana 007 de embarazo, parto y puerperio). Tales definiciones presentan incongruencias entre sí, ya que la primera utiliza el término de fertilización para determinar que es ésta la que marca el momento del inicio de un embarazo.

Lo anterior resulta incorrecto desde la perspectiva científica y ha dado lugar a argumentos jurídicos que pretenden limitar los derechos de las personas en materias tan importantes como la anticoncepción o la reproducción asistida.

En ese tenor, la definición que se incorpora en esta iniciativa, es la que es científicamente aceptada a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud, OMS, así como por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, FIGO, y que contempla a la implantación del óvulo fecundado en la cavidad uterina como el único fenómeno necesario y comprobable para determinar la existencia de un embarazo.

De especial importancia es señalar que la definición propuesta de embarazo se ajusta también a la sentencia emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos el 28 de noviembre de 2012 en el caso de Artavia Murillo y otros (“Fertilización In-Vitro”) contra el Estado de Costa Rica, la cual establece expresamente que el embarazo empieza con la implantación del óvulo en el útero.

En los últimos años se ha acrecentado en nuestro país el fenómeno de la violencia obstétrica, ejemplificado principalmente por el número creciente de cesáreas innecesarias, por el uso abusivo de fórceps, así como por el hecho de excluir a la mujer de las decisiones que atañen a su parto, entre otros.

Por ello, se propone incorporar el concepto de parto humanizado como un proceso en el cual las mujeres, contando con la información necesaria, participen activamente en las decisiones correspondientes, garantizándose en todo momento su seguridad y la del producto.

En ese sentido, la iniciativa plantea que la Secretaría de Salud Federal deberá adoptar las medidas necesarias para que toda mujer pueda tener acceso a un parto humanizado, entendido éste como la posibilidad de tomar decisiones informadas para llevar a cabo el parto, de manera que se respeten sus necesidades específicas y culturales, evitando toda intervención médica innecesaria o excesiva y no basada en evidencia, sin afectar la seguridad en el parto, ni poner en riesgo la vida de la mujer y la del producto.

La propuesta que plantea esta iniciativa de incluir la atención de la violencia contra las mujeres y la niñez, fortalece las acciones para el Sistema Nacional de Salud, pues en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la Secretaría de Salud es una de las secretarías que conforman el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

En tal sentido, incluir dentro de los servicios de salud reproductiva la “prevención y atención de la violencia contra las mujeres y la niñez aplicando todas las medidas necesarias para limitar el daño resultante de la violencia, de conformidad con la normatividad aplicable”, resulta inherente a la prestación de los servicios de salud esenciales para el ejercicio de la libertad sexual y reproductiva, lo que garantizará la atención de la violencia en el terreno de la salud reproductiva, motivo de esta propuesta de reforma.

Entre estos tipos de violencia se encuentra la violación sexual, la prevención de sus efectos mediante la aplicación anti retrovirales y antibióticos de profilaxis post exposición, de anticoncepción de emergencia y de interrupción legal del embarazo, en concordancia este último con lo que establezcan las disposiciones penales de las entidades federativas. Asimismo busca atender la creciente violencia obstétrica que padecen mujeres embarazadas, durante el parto, post parto o puerperio.

Propuesta que resulta congruente con el recientemente Programa de Acción Específico “Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2013-2018”, en el cual la Secretaría de Salud, entre otras, ha desarrollado las políticas públicas para la prevención y atención de la violencia de género, en cumplimiento con Acuerdos y Convenciones internacionales como CEDAW o Belem do Pará, entre otros:

En efecto, Programa de Acción Específico “Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2013-2018” plantea: “...en México se han desarrollado políticas públicas para la prevención y atención a la violencia de género impulsadas inicialmente por el movimiento de mujeres desde la década de los 70 y alcanza tal vez su mayor impulso en los años 90 con la ratificación de diversos instrumentos internacionales como la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, en 1993; la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo, en 1994 y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia

Contra la Mujer, en Belem Do Pará, en el mismo año, así como el establecimiento de posturas por organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas (ONU); la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que reconocen a la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública. La Secretaría de Salud, a través del Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género presenta en este Programa de Acción Específico, (PAE) los avances en materia de atención que a lo largo de los diez años de existencia del Programa así como los objetivos, estrategias y líneas de acción para reforzar la atención a las personas que viven en situación de violencia y su prevención, a través de la promoción de nuevas formas de relación entre mujeres y hombres que contribuyan a re-significar la masculinidad y sus aprendizajes sobre la violencia como forma de relación con las mujeres.”

De ahí la pertinencia de esta iniciativa de reforma a la Ley General de Salud cuyas propuestas, contribuirán a lograr los objetivos propuestos en este Programa de Acción Específico, así como la aplicación de la NOM 046-SSA2-2005 Violencia sexual, familiar, y contra las mujeres: criterios para la prevención y atención.

En cuanto a la planificación familiar, para hacer efectiva la libertad reproductiva que está reconocida como un derecho humano fundamental en el párrafo segundo del artículo 4o. de la Constitución federal, resulta imperativo que en dicha materia se reconozca el derecho de las personas a beneficiarse del progreso científico y tecnológico.

Sin embargo, la perspectiva actual de la Ley General de Salud no sólo no reconoce el derecho de acceder a los beneficios de ese progreso, sino que interpreta la libre decisión reproductiva consagrada en el artículo 4o. constitucional como un asunto acotado a la anticoncepción.

Dicha perspectiva es limitada, ya que deja de lado que la libertad de decisión abarca también la obligación del Estado de proveer los medios para que todas las personas que así lo deseen puedan materializar sus derechos reproductivos, que incluyen la posibilidad de ser padres o madres, ante situaciones que incluyen cuestiones que van desde la infertilidad hasta el reconocimiento de las familias mono y homoparentales.

En ese sentido, la iniciativa señala específicamente que la planificación familiar incluye tanto la anticoncepción como la reproducción humana asistida, siendo ambos componentes esenciales del derecho a la libre decisión reproductiva.

En el ejercicio de esa libertad, la información es un elemento indispensable. En reconocimiento a ello la presente iniciativa establece la obligación del Estado mexicano de garantizar el acceso a información completa, comprensible, veraz, oportuna y basada en evidencia científica, que permita a las personas tomar decisiones libres, informadas y responsables en materia de anticoncepción y reproducción asistida.

La salud reproductiva comprende el bienestar de las personas más allá de la etapa estrictamente reproductiva. Es por ello que la iniciativa establece la obligación de la Secretaría de Salud de brindar atención en la etapa postreproductiva de hombres y mujeres; es decir, en la andropausia y la peri y postmenopausia, respectivamente.

Cabe mencionar que, en la actualidad, únicamente existe una norma oficial mexicana dirigida a proporcionar atención en la peri y postmenopausia, lo que implica que no existen disposiciones orientadas a brindar servicios a los hombres en las diferentes etapas de su vida fértil.

Los cánceres del aparato reproductivo se encuentran hoy entre las principales causas de mortalidad en México. Si bien actualmente se encuentran operando programas y normas cuyo objetivo son los cánceres de mama y cérvico-uterino, existen muchos otros que afectan a mujeres y hombres y requieren de acciones decididas de la Secretaría de Salud para su atención. Por ello, la iniciativa propone señalar claramente la obligación de las autoridades de regular y proveer los servicios para tal propósito.

El informe de avances 2013 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México, elaborado conjuntamente entre el Ejecutivo federal y la coordinadora residente de la ONU en México y representante residente del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, reconoce que es preciso fortalecer los mecanismos que permitan a la población en general, y a las y los adolescentes en particular, el ejercicio pleno e irrestricto de sus derechos reproductivos, para lo cual manifiestan explícitamente, con carácter prioritario, que es una necesidad de nuestro país “impulsar la consideración de los métodos anticonceptivos como recursos estratégicos, a la par de las vacunas, y garantizar su abasto, así como, asegurar

su distribución en las entidades y establecer medidas de rendición de cuentas, vinculadas a un sistema de monitoreo y seguimiento de indicadores locales”.

En sintonía con ello, la presente iniciativa propone una serie de disposiciones mediante las cuales se convertirían los insumos en materia de salud reproductiva en recursos estratégicos, en atención a su importancia para la salud pública y la seguridad nacional.

En primer lugar, se establece que el Estado mexicano garantizará el abasto y la distribución oportuna y gratuita, así como la disponibilidad permanente, de todos los insumos necesarios para la prestación de los servicios de salud reproductiva. Para ello, la Cámara de Diputados asignará en cada ejercicio los recursos presupuestales etiquetados para ese fin dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación, los cuales deberán incrementarse año con año para cubrir el crecimiento poblacional y garantizar con ello que las coberturas no decaigan.

En segundo lugar, se estipula en la Ley que la Secretaría de Salud coordinará y centralizará el proceso de licitación y adquisición de los insumos necesarios para la prestación de los servicios de salud reproductiva, buscando con ello evitar la discrecionalidad en el uso de los recursos como la que se ha presentado en algunas entidades federativas. Adicionalmente, se faculta a la Secretaría de Salud para que establezca indicadores de evaluación específicos en materia de prestación de servicios de salud reproductiva, y cuando se determine que el desempeño no es satisfactorio, la Secretaría deberá notificar a las autoridades de control correspondientes para que inicien un procedimiento de responsabilidades en contra del Secretario de Salud de la entidad que corresponda, así como de los demás servidores públicos involucrados.

Se propone la creación del Consejo Nacional para la Salud Reproductiva como una instancia permanente, autónoma, multidisciplinaria e intersectorial de coordinación, deliberación y consulta para contribuir al mejoramiento de las políticas públicas en la materia, en el que participarán instancias públicas, privadas y sociales. El Consejo regirá su actuación con fundamento en la mejor evidencia científica disponible, en los criterios de racionalidad y objetividad, de costo-eficiencia, así como en la perspectiva de los derechos humanos y la igualdad de género.

Finalmente, queremos destacar que la presente iniciativa es congruente con la obligación contenida en el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de legislar conforme al principio pro persona, que significa atender al criterio normativo que favorezca el ejercicio más amplio de derechos.

Es oportuno precisar que el Estado mexicano de acuerdo a la Convención de Viena sobre el derecho de los tratados, debe traducir los tratados internacionales a los ordenamientos jurídicos mexicanos, compromiso que se conoce como un proceso de “armonización legislativa”.

Es importante señalar que la armonización legislativa en materia de derechos humanos no es una cuestión optativa sino un deber jurídico resultado de las obligaciones contraídas por el Estado mexicano cuyo incumplimiento u omisión implica responsabilidad que puede derivar en recomendaciones.

En julio de 2012, el Comité de la CEDAW (Convención para Eliminar todas las formas de Discriminación contra la Mujer) examinó los informes periódicos séptimo y octavo combinados de México. Este ejercicio, permitió evidenciar los avances registrados, referir los motivos de preocupación y formular una serie de recomendaciones al Estado mexicano entre los temas analizados destaca el de armonización legislativa, con los instrumentos nacionales e internacionales de derechos humanos de las mujeres.

El Comité recordó la obligación del Estado “de aplicar de manera sistemática y continua todas las disposiciones de la Convención” y considera que las preocupaciones y recomendaciones que se señalan en las observaciones finales “requieren la atención prioritaria del Estado”.

En materia de la presente iniciativa, si bien tomó nota del Programa de Becas para Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (programa Promajoven), por el que se otorgan becas de estudio a adolescentes embarazadas y madres jóvenes, preocupó al Comité que se estigmatice y obligue a abandonar la escuela a las adolescentes embarazadas y lamentó que se haya reducido el contenido del curso sobre salud y derechos sexuales y reproductivos sobre el que informó México y específicamente realizó las siguientes recomendaciones:

27. El Comité recomienda que el Estado parte:

Realce la visibilidad del programa Promajoven y vele por que el contenido del curso sobre salud y derechos sexuales y reproductivos esté al día y se base en pruebas científicas, se ajuste a las normas internacionales e introduzca un programa amplio de salud y derechos sexuales y reproductivos adecuado a cada grupo de edad, como parte del programa de estudios normal de los niveles básico y secundario del sistema educativo; (...)

Salud

30. El Comité observa que el Estado parte ha estado organizando una campaña para fomentar el uso del preservativo a fin de prevenir los embarazos de adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, preocupan al Comité los informes de que los adolescentes tienen un acceso limitado a información de calidad sobre salud sexual y reproductiva y que el número de adolescentes embarazadas en el país va en aumento. Si bien toma nota del establecimiento del Observatorio de Mortalidad Materna, le preocupa que la actual tasa de mortalidad materna, de 53,5 muertes por cada 100,000 nacidos vivos (2010), dista de la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015, de 22,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, lo que significa que como ha reconocido el Estado parte, la meta no se alcanzará.

31. El Comité recomienda que el Estado parte:

a) Garantice el acceso universal a servicios de atención de salud y a información y educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en particular para las adolescentes, a fin de prevenir los embarazos no deseados y de adolescentes;

...

c) intensifique sus esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad materna, en particular adoptando una estrategia amplia de maternidad sin riesgos en que se dé prioridad al acceso a servicios de salud prenatal, posnatal y obstétricos de calidad y al establecimiento de mecanismos de vigilancia y asignación de responsabilidad.

32. ...Otro motivo de preocupación son los casos en que los proveedores de servicios médicos y trabajadores sociales han denegado el acceso al aborto legal a embarazadas que cumplieran los restrictivos criterios reglamentarios (...)

33. El Comité pide al Estado parte que:

a) Armonice las leyes federales y estatales relativas al aborto a fin de eliminar los obstáculos que enfrentan las mujeres que deseen interrumpir un embarazo de forma legal y amplíe también el acceso al aborto legal teniendo en cuenta la reforma constitucional en materia de derechos humanos y la recomendación general núm. 24 (1999) del Comité;

b) Informe a los proveedores de servicios médicos y trabajadores sociales que las enmiendas constitucionales locales no han derogado los motivos para interrumpir un embarazo de forma legal y les comunique también las responsabilidades que les incumben;

c) Se asegure de que en todos los estados las mujeres que tengan motivos legales que justifiquen la interrupción de un embarazo tengan acceso a servicios médicos seguros, y vele por la debida aplicación de la norma oficial mexicana NOM-046-SSA2-2005, en particular el acceso de las mujeres que han sido violadas a anticonceptivos de emergencia, al aborto y a tratamiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida.”

La reforma constitucional en materia de derechos humanos de 10 de junio de 2011, obliga a la armonización de todo el marco jurídico nacional pero sobre todo a garantizar que la legislación secundaria desarrolle los mecanismos y procedimientos para hacer efectivos los derechos humanos de todas las personas en este país.

VIII.2 COMPARATIVO DE TEXTO VIGENTE Y TEXTO PROPUESTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN

Texto Vigente	Texto Propuesto (1)	Texto Propuesto (2)
<p>Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: I. a III.- ... IV. La atención materno-infantil; IV Bis a XXVIII.- ...</p> <p>Artículo 13. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente: A. Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud: I. ... II. En las materias enumeradas en las fracciones I, III, XV Bis, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI y XXVII del artículo 3o. de esta Ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud; III. a X. ... B. Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:</p>	<p>Artículo 3o. En los términos de esta ley, es materia de salubridad general: I. a III. ... III. Bis. La salud sexual y reproductiva; IV. al XXVII. ...</p> <p>Artículo 13. La competencia entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente: A. Corresponde al Ejecutivo federal, por conducto de la Secretaría de Salud: ... I. ... II. En las materias enumeradas en las fracciones I, III, III Bis, XIV Bis, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV y XXVI del artículo 3o. de esta ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud; III. a X. ... B. Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:</p>	<p>Artículo 3o. En los términos de esta ley, es materia de salubridad general: I. a III. ... III Bis. La salud reproductiva; IV. La atención materno-infantil; IV Bis a IV Bis 2. ...; V. La planificación familiar y anticoncepción; VI. a XII. ... XIII. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud de las personas; XIV. a XXVIII. ...</p> <p>Artículo 13. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente: A. Corresponde al Ejecutivo federal, por conducto de la Secretaría de Salud: I. ... II. En las materias enumeradas en las fracciones I, III, III Bis, XV Bis, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI y XXVII del artículo 3o. de esta Ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud; III. a X. ... B. ... C. ...</p>

<p>I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, II Bis, IV, IV Bis, IV Bis 1, IV Bis 2, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXVI Bis y XXVII Bis, del artículo 3o. de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables; II. a VII. ... C. ...</p> <p>Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: I. a III. ... IV. La atención materno-infantil; V. La planificación familiar; VI. La salud mental; VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales; VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición; X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas, y XI. La atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica.</p> <p style="text-align: center;">TÍTULO TERCERO Prestación de los Servicios de Salud CAPÍTULO IV Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad Artículo 60.- ...</p>	<p>I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones I, II, III, IV, IV. Bis., IV. Bis. 2., V, VI, VII, VIII, VIII Bis., IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XIV Bis., XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXV Bis, XXVI, XXVI Bis. y XVII, del artículo 3o. de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables; II. a VII. ... C. ...</p> <p>Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: I. a III. ... III Bis. La salud sexual y reproductiva; IV. La salud mental; V. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales; VI. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; VII. La promoción del mejoramiento de la nutrición; VIII. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas, y IX. La atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica.</p> <p style="text-align: center;">Título Tercero Prestación de los Servicios de Salud Capítulo V Salud Sexual y Salud Reproductiva</p>	<p>Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: I. a III. ... III Bis. La salud reproductiva; IV. ... V. La planificación familiar y anticoncepción; VI. a XI. ...</p> <p style="text-align: center;">Título Tercero Prestación de los Servicios de Salud Capítulo V Salud reproductiva</p>
--	--	---

	<p>Artículo 60 Bis 1. Se entiende por salud reproductiva al estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades, o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.</p> <p>Se entiende por salud sexual el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. La salud sexual implica trato respetuoso que favorezca el ejercicio pleno de la vida sexual satisfactoria, en condiciones de seguridad, libre de coerción, discriminación y violencia.</p> <p>La prestación de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario y se define como el conjunto de insumos e intervenciones que contribuyen a la salud y al bienestar de mujeres y hombres al prevenir, proteger y garantizar el ejercicio libre e informado de la sexualidad y la reproducción.</p> <p>Artículo 60 Bis 2. Los servicios de salud sexual y reproductiva comprenden:</p> <p>I. Salud sexual reproductiva de las personas adolescentes;</p> <p>II. Información, educación y consejería en sexualidad humana;</p> <p>III. Atención materno-infantil;</p> <p>IV. Planificación familiar, que incluye el acceso a métodos anticonceptivos y a los servicios de reproducción asistida;</p>	<p>Artículo 60 Bis 1. Para efectos de esta ley se entiende por salud reproductiva al estado de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos; entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual saludable y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo y no hacerlo, cuando y con qué frecuencia, en condiciones de igualdad para la mujer y el hombre.</p> <p>Artículo 60 Bis 2. La prestación de los servicios de salud reproductiva es de carácter prioritario y tiene la finalidad de garantizar el acceso a los servicios de salud esenciales para el ejercicio de la libertad sexual y reproductiva.</p> <p>Los servicios de salud reproductiva comprenden:</p> <p>I. La contribución, con las instancias competentes, en el fortalecimiento de la</p>
--	--	--

	<p>V. Prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y control del cáncer y de los demás padecimientos que afectan a los órganos reproductivos;</p> <p>VI. Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida;</p> <p>VII. Atención de la perimenopausia y postmenopausia, así como en la andropausia, y</p> <p>VIII. Prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, incluyendo los servicios aplicación de antiretrovirales y antibióticos de profilaxis postexposición, de anticoncepción de emergencia, de anticoncepción legal del embarazo en concordancia este último con lo que establezcan las disposiciones penales de las entidades federativas de la república mexicana.</p>	<p>educación para la salud sexual y reproductiva, especialmente de las personas adolescentes, proveyendo información objetiva, veraz, oportuna y basada en la mejor evidencia científica disponible;</p> <p>II. Atención materno-infantil;</p> <p>III. Planificación familiar y anticoncepción, que incluye el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y servicios de reproducción humana, de acuerdo con las necesidades específicas de las personas.</p> <p>IV. Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida;</p> <p>V. Prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer y de los demás padecimientos que afectan a los órganos reproductivos;</p> <p>VI. Atención de la salud en edad post reproductiva, entre otros, climaterio y andropausia;</p> <p>VII. Prevención y atención de la violencia contra las mujeres y la niñez aplicando todas las medidas necesarias para limitar el daño resultante de la violencia, de conformidad con la normatividad aplicable, y</p> <p>VIII. Otros que la Secretaría de Salud establezca.</p> <p>La Secretaría de Salud expedirá y modificará en su caso las normas oficiales mexicanas específicas para la adecuada prestación de los servicios de salud</p>
--	---	---

	<p>Artículo 60 Bis 3. En la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva se garantizará el respeto a la sexualidad y los derechos reproductivos de parte de todo el personal de salud, con énfasis en el consentimiento informado, la confidencialidad y la privacidad de las personas usuarias, así como la disponibilidad de los medios necesarios para el ejercicio de los mismos, incluyendo el acceso a los insumos y las intervenciones esenciales determinados por la Organización Mundial de la Salud y otras instancias internacionales correspondientes.</p> <p>Artículo 60 Bis 4. La prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a las personas adolescentes es de carácter obligatorio e incluye, entre otras, las siguientes acciones:</p>	<p>reproductiva contenidos en el presente Artículo. Todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud federales, estatales, municipales y jurisdiccionales están obligadas a otorgar la prestación de los servicios de salud reproductiva de conformidad con esta Ley, las normas oficiales mexicanas respectivas y demás disposiciones que para tal efecto expida la Secretaría de Salud.</p> <p>Artículo 60 Bis 3. Los establecimientos y el personal de salud de los sectores público, social y privado prestarán los servicios de salud reproductiva a todas las personas sin discriminación alguna por motivos de sexo, edad, condición social o económica, condiciones de salud, lengua, religión, opiniones, orientación sexual, identidad de género, estado civil o por cualquier otro motivo. De igual manera, deberán mantener en todo momento la confidencialidad y privacidad de las personas usuarias de los servicios. El consentimiento informado de las personas menores de edad tendrá relevancia jurídica para garantizar el acceso y la prestación de servicios oportunos de salud reproductiva, tomando en consideración su interés superior y los criterios de madurez y desarrollo.</p> <p>Artículo 60 Bis 4. La operación de los programas de salud reproductiva, incluyendo los aspectos administrativos, de distribución de los insumos y de prestación de servicios, corresponde a los</p>
--	--	---

	<p>I. Prevenir, ofrecer tratamiento y controlar las infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de la inmunodeficiencia humana;</p> <p>II. Prevenir y atender los embarazos no planeados y los no deseados;</p> <p>III. Garantizar información completa, comprensible, veraz, oportuna y basada en la evidencia científica, laica y libre de prejuicios sobre los métodos anticonceptivos, así como el acceso a dichos métodos;</p> <p>IV. Proporcionar educación sexual completa, comprensible, veraz, oportuna y basada en la evidencia, a través de las instituciones del sistema educativo nacional;</p> <p>V. Reducir los riesgos para la salud de este grupo poblacional, sin que las acciones de prevención impliquen injerencias arbitrarias que interfieran o pretendan interferir con el libre ejercicio de sus derechos, y</p> <p>VI. Las demás que determinen las disposiciones reglamentarias y normativas.</p> <p>Para brindar servicios de salud sexual y reproductiva a las personas adolescentes no se requerirá del acompañamiento o ratificación de sus padres, madres o tutores o de alguna persona adulta, excepto en aquellos casos en que la prestación de los servicios implique un procedimiento quirúrgico o irreversible, en cuyo caso será necesaria la ratificación del consentimiento por una persona adulta de su confianza.</p> <p>El consentimiento informado de las personas adolescentes tendrá relevancia</p>	<p>gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias. Para la adecuada y oportuna prestación de los servicios de salud reproductiva, las entidades federativas deberán contar con la infraestructura física necesaria, así como con personal suficiente, capacitado y actualizado.</p>
--	--	--

	<p>jurídica para efectos de la prestación de servicios de salud reproductiva, tomando en consideración su interés superior y los criterios de madurez y desarrollo.</p>	<p>Artículo 60 Bis 5. El Ejecutivo Federal garantizará el abasto y la distribución oportuna y gratuita, así como la disponibilidad permanente de todos los insumos necesarios para la prestación de los servicios de salud reproductiva. A efecto de lo anterior, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público deberá considerar en cada ejercicio, los recursos presupuestales etiquetados para ese fin dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación, en los rubros siguientes:</p> <p>I. Los recursos necesarios para implementar las acciones de salud reproductiva contenidas en el Programa Nacional de Salud en la Secretaría y las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Entre los recursos a los que se refiere esta fracción deberán incluirse los necesarios para la compra de los insumos y para fortalecer la operación del programa;</p> <p>II. Las previsiones para transferencias de recursos para cubrir el costo de acciones extraordinarias en materia de salud reproductiva;</p> <p>III. Las previsiones para cubrir el costo de incorporación de nuevos insumos a las acciones de Salud Reproductiva contenidas en el Programa Nacional de Salud en cualquier momento del ejercicio fiscal;</p> <p>IV. Los demás recursos necesarios para que la Secretaría implemente, en su ámbito de competencia, las acciones en materia de salud reproductiva previstas en esta ley;</p>
--	--	---

		<p>V. Los demás recursos necesarios para que las entidades federativas implementen, en su ámbito de competencia, las acciones de salud reproductiva previstas en esta ley y en el Programa Nacional de Salud;</p> <p>VI. Los demás recursos necesarios para que las instituciones de Seguridad Social implementen, en su ámbito de competencia, las acciones de salud reproductiva previstas en esta Ley, y</p> <p>VII. Los recursos necesarios para que en el marco del Sistema de Protección Social en Salud se proporcionen servicios de salud reproductiva a sus afiliados. Para efectos del presente artículo y con el propósito de atender a lo que señala el artículo 60 Bis 5, la Secretaría de Salud conservará las aportaciones que le correspondan al Distrito Federal y a los estados para adquirir y proveer los insumos de salud reproductiva en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, por lo cual dichos recursos quedarán exentos de lo que señalan los artículos 77 bis 15, 77 bis 16 y las demás disposiciones establecidas en el Capítulo III del Título Tercero Bis de esta Ley y demás artículos aplicables en materia de transferencias a las entidades federativas.</p> <p>La Secretaría de Salud y las demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, tanto federales como estatales, estarán obligadas a considerar en sus anteproyectos de presupuestos anuales los recursos para los rubros señalados en este artículo; proyectando que los recursos para los servicios de salud sexual y reproductiva se incrementen anualmente para cubrir el</p>
--	--	--

		<p>crecimiento demográfico, para garantizar que las coberturas no decaigan, y para hacer frente a las necesidades emergentes. Artículo 60 Bis 6. Por su importancia para la seguridad nacional, a los insumos para la prestación de los servicios de salud reproductiva les será aplicable la excepción prevista en el artículo 41, fracción IV, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.</p> <p>En ese sentido, se deberán llevar a cabo compras centralizadas que comprendan los insumos necesarios para cubrir las necesidades de las secretarías de salud estatales y de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, mismas que serán coordinadas por la Secretaría de Salud. Asimismo, se realizarán compras coordinadas para atender los requerimientos de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud en el nivel federal.</p> <p>Para la realización de las compras centralizadas y coordinadas se deberá justificar, a juicio de la Secretaría de Salud, previa opinión del Consejo Nacional para la Salud Reproductiva, que se cumple al menos uno de los objetivos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">I. Reducir los costos administrativos y de transacción en la adquisición, mediante mecanismos de compras coordinadas nacionales e internacionales;II. Cuando la patente o el licenciamiento exclusivo de un insumo corresponda a un solo titular;III. Atender una situación que ponga en riesgo la salud pública del país;
--	--	--

		<p>IV. Cuando la seguridad nacional se encuentren en riesgo;</p> <p>V. Facilitar la introducción al mercado nacional de insumos de reciente desarrollo y probada efectividad para cubrir ausencias en la prestación de servicios de salud;</p> <p>VI. Cuando la adquisición de insumos con el apoyo de o a través de organismos internacionales ofrezca condiciones favorables en materia de precio y oportunidad, y</p> <p>VII. Permitir la continuidad en el suministro, el abasto permanente y garantizar el acceso a los insumos.</p> <p>En la adquisición de los insumos a los que se refiere el presente artículo, se deberá favorecer la transparencia en los procedimientos respectivos, que serán auditables por los órganos fiscalizadores correspondientes.</p> <p>Artículo 60 Bis 7. La Secretaría de Salud establecerá indicadores de evaluación en materia de prestación de servicios de salud reproductiva.</p> <p>Cuando derivado de la supervisión que la Secretaría de Salud haga a las entidades federativas se determine que, de acuerdo con los indicadores señalados en el párrafo previo o con estándares internacionales, el desempeño no es satisfactorio, la Secretaría de Salud procederá a notificar a las autoridades de control correspondientes para que inicien un procedimiento de responsabilidades en contra del Secretario de Salud de la entidad que corresponda, así como de los demás servidores públicos involucrados. Esto, sin perjuicio de las responsabilidades de</p>
--	--	---

<p style="text-align: center;">CAPITULO V Atención Materno-Infantil</p> <p>Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno–infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.</p> <p>La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:</p> <p>I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;</p> <p>I Bis. La atención de la transmisión del VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, en mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal;</p> <p>II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención y</p>	<p>Artículo 61. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:</p> <p>I. La atención integral de la mujer durante todas las etapas del embarazo, el parto, el postparto y el puerperio, con o sin patología, incluyendo la atención psicológica que requiera;</p> <p>I Bis. La atención de las emergencias obstétricas en todas las etapas del embarazo, incluyendo el tratamiento del aborto espontáneo, inducido o incompleto, así como las demás complicaciones durante el parto y el puerperio que requieran de atención médica inmediata;</p> <p>I Bis 1. La información y el acceso a los métodos de prevención de la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana, la sífilis congénita y demás infecciones de transmisión sexual durante las relaciones sexuales, el embarazo, el parto y el puerperio;</p>	<p>carácter civil o penal que pudieran derivarse de los actos u omisiones de los funcionarios locales.</p> <p>Artículo 60 Bis 8. El Consejo Nacional para la Salud Reproductiva es una instancia permanente, autónoma, multidisciplinaria e intersectorial de coordinación, disertación y consulta para contribuir al mejoramiento de las políticas públicas en la materia, en el que participarán instancias públicas, privadas y sociales.</p> <p>El Consejo regirá su actuación con fundamento en la mejor evidencia científica disponible, en los criterios de racionalidad y objetividad, de costo-eficiencia, así como en la perspectiva de los derechos humanos y la igualdad de género.</p> <p>Artículo 61. La atención materno-infantil comprende, entre otras, las siguientes acciones:</p> <p>I. La atención integral, oportuna, efectiva, preventiva y respetuosa desde la etapa preconcepcional y durante el embarazo, parto y puerperio, con o sin patología, incluyendo la atención psicológica que se requiera;</p> <p>I Bis. ...</p> <p>I Bis 1. La atención de las emergencias obstétricas en las diversas etapas de la gestación, incluyendo el tratamiento de las complicaciones durante el embarazo, la pérdida gestacional, el parto y el puerperio, así como las demás que requieran de atención médica inmediata;</p> <p>II. La atención neonatal incluyendo la exploración profunda del recién nacido, las intervenciones de tamizaje, profilaxis y</p>
--	--	--

<p>detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso atención, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, y su salud visual; III. La revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro; IV. La aplicación del tamiz oftalmológico neonatal, a la cuarta semana del nacimiento, para la detección temprana de malformaciones que puedan causar ceguera, y su tratamiento, en todos sus grados, y V. La atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar.</p>	<p>II. La atención neonatal, como la vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil, incluyendo la lactancia materna, las intervenciones de tamizaje, profilaxis y diagnóstico oportuno de patologías y discapacidades, así como la aplicación oportuna de vacunas y la salud visual; III. a V. ... Artículo 61 Bis 1. Para efectos de esta ley, por embarazo se entiende la parte del proceso de reproducción humana que comienza con la implantación del óvulo fertilizado en la cavidad uterina y termina con la expulsión del producto. Artículo 61 Bis 2. La secretaría deberá adoptar las medidas necesarias para que todas las mujeres puedan tener acceso a un parto humanizado, entendido éste la posibilidad de tomar decisiones informadas y libres de violencia, para llevar a cabo el parto, de manera que se respeten sus necesidades específicas y culturales, evitando toda intervención médica innecesaria o excesiva y no basada en evidencia, sin afectar la seguridad en el parto, ni poner en riesgo la vida de la mujer y el producto. Artículo 61 Bis 3. Las instituciones públicas de Sistema Nacional de Salud, deberán ofrecer y proveer de manera gratuita servicios de aplicación de antiretrovirales de profilaxis postexposición y de anticoncepción de emergencia en todos los casos de violencia sexual que lo ameriten y los servicios gratuitos de interrupción legal del embarazo en concordancia con lo que</p>	<p>diagnóstico oportuno de patologías y discapacidades, la lactancia materna, aplicación oportuna de vacunas, la salud visual, así como la vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil, III. a V. ... Artículo 61 Bis 1. Para efectos de esta Ley, se entiende por embarazo, como la parte del proceso de reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus usualmente en el endometrio, y termina con el nacimiento. Artículo 61 Bis 2. La Secretaría deberá adoptar las medidas necesarias para que todas las mujeres puedan tener acceso a un parto digno, seguro y respetuoso que incluya la posibilidad de tomar decisiones informadas y libres de violencia para llevar a cabo el parto de manera que se respeten sus necesidades específicas e identidad cultural, evitando toda intervención médica innecesaria o excesiva y no basada en evidencia, sin afectar la seguridad en el parto, ni poner en riesgo la vida de la mujer y el producto. Artículo 61 Bis 3. Las instituciones de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar la disponibilidad y el acceso a pruebas diagnósticas del virus de la inmunodeficiencia humana y a la administración de medicamentos antirretrovirales en todos los niveles de</p>
---	--	--

<p style="text-align: center;">CAPITULO VI Servicios de Planificación Familiar</p> <p>Artículo 67.- La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20</p>	<p>establezcan las disposiciones penales de las entidades federativas de la república mexicana en condiciones de seguridad y con calidad cuando la mujer así lo solicite. Las instituciones públicas deberán contar con personal médico y de enfermería capacitado en los procedimientos quirúrgicos y médicos de interrupción del embarazo no objetores de conciencia. Si en el momento de la solicitud de atención no se pudiera prestar el servicio de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la usuaria a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura de atención con calidad. No podrá alegarse objeción de conciencia cuando la vida o la salud de la mujer se encuentren en peligro y deba brindarse atención inmediata.</p> <p>Artículo 61 Bis 4. La secretaría deberá adoptar las medidas necesarias para asegurar la disponibilidad y el acceso a pruebas diagnósticas de VIH y a medicamentos antirretrovirales en todos los niveles de atención durante el embarazo, parto y puerperio para proporcionar la profilaxis prenatal, la profilaxis intraparto y la profilaxis durante el puerperio, según se requiera de acuerdo con el momento del diagnóstico.</p> <p>Artículo 62 al artículo 66. ...</p> <p>Artículo 67. La prestación de los servicios de planificación familiar, que incluyen los de anticoncepción y los de reproducción asistida, tiene como objetivo contribuir a la prevención de los embarazos no planeados</p>	<p>atención durante el embarazo, parto y puerperio para proporcionar la profilaxis prenatal, intraparto y durante el puerperio, según se requiera de acuerdo con el momento del diagnóstico.</p> <p>Artículo 67. La prestación de los servicios de planificación familiar y anticoncepción tienen como objetivo contribuir a la prevención de los embarazos, no planeados y no deseados, la transmisión</p>
--	---	--

<p>años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.</p> <p>Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.</p> <p>Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.</p> <p>En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate.</p>	<p>y los no deseados, la transmisión sexual y vertical del VIH; disminuir el riesgo reproductivo y coadyuvar en la plena realización de los ideales reproductivos de las personas y, en su caso, de las parejas. Los servicios a los que se refiere el presente artículo deben incluir la información, orientación educativa y provisión de servicios para todas las personas.</p> <p>Los servicios de planificación familiar constituyen un medio para el ejercicio del derecho constitucional de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos con pleno respeto a su dignidad.</p> <p>Quienes practiquen la esterilización o la fertilización sin la voluntad de la o el paciente u obtengan su consentimiento bajo presión serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.</p> <p>Quienes nieguen servicios de salud reproductiva por el estatus serológico de la persona serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.</p> <p>En materia de planificación familiar, así como en relación con el resto de los servicios a los que se refiere el presente capítulo, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se</p>	<p>sexual y vertical de enfermedades, especialmente de las personas adolescentes, así como servicios de reproducción humana, incluyendo la asistida. Asimismo, para disminuir los riesgos reproductivos, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de decidir sobre el número y espaciamiento de los embarazos, todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva y reproductiva, la cual debe ser oportuna, eficaz, completa y basada en evidencia para todas las personas.</p> <p>Los servicios de planificación familiar y anticoncepción constituyen un medio para el ejercicio del derecho constitucional de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos con pleno respeto a su dignidad.</p> <p>...</p> <p>...</p>
--	---	--

<p>Artículo 68.- Los servicios de planificación familiar comprenden:</p> <p>I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo nacional de Población;</p> <p>II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;</p> <p>III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.</p> <p>IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;</p>	<p>trate por personal del mismo sexo que la persona usuaria del servicio y con respeto a sus derechos humanos .</p> <p>Artículo 68. Los servicios de planificación familiar tienen carácter prioritario y comprenden, entre otros, los siguientes:</p> <p>I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población;</p> <p>I Bis. La prestación de los servicios de anticoncepción y reproducción asistida;</p> <p>I Bis 2. El acceso a información completa, comprensible, veraz, oportuna y basada en evidencia científica, así como laica y libre de prejuicios que permita a las personas tomar decisiones libres, informadas y responsables en materia de anticoncepción y reproducción asistida;</p> <p>II. La atención integral y seguimiento de las personas aceptantes y usuarias de servicios de planificación familiar;</p> <p>III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.</p> <p>IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;</p> <p>V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la</p>	
--	---	--

	<p>determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar;</p> <p>VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.</p> <p>Artículo 69 al artículo 71. ...</p> <p>Artículo 71 Bis 1. Para efectos de esta ley se entenderán por técnicas de reproducción asistida a las técnicas biomédicas que faciliten la interacción entre las células germinales femeninas y masculinas en los procesos de fertilización e implantación.</p> <p>La secretaría emitirá las normas a las que deberá sujetarse el uso de las técnicas a las que se refiere este artículo, así como las relativas a la obtención, conservación, traslado, manejo y disposición de las células germinales y óvulos fertilizados.</p> <p>Podrán beneficiarse de las técnicas de reproducción asistida todas las personas mayores de edad y en pleno uso de sus facultades, previo otorgamiento del consentimiento informado, de acuerdo con lo que establecen la presente ley, sus reglamentos y las normas aplicables.</p> <p>En el caso de las mujeres casadas, éstas deberán informar previamente a su cónyuge su decisión de someterse a una técnica de reproducción asistida.</p> <p>Artículo 71 Bis 2. Corresponderá a la secretaría establecer las normas para la</p>	
--	--	--

<p style="text-align: center;">CAPITULO II Educación para la Salud</p> <p>Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:</p> <p>I. ...</p> <p>II. ...</p> <p>III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, donación de órganos, tejidos y células con fines terapéuticos, prevención de</p>	<p>atención médica integral de la perimenopausia y postmenopausia en el caso de las mujeres y de la andropausia en el caso de los hombres, incluyendo las acciones correspondientes a la prevención, control y vigilancia epidemiológica de enfermedades durante dichas etapas.</p> <p>Artículo 71 Bis 3. Corresponderá a la secretaría establecer las normas para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de todos los tipos de cáncer y de los demás padecimientos que afectan a los órganos reproductivos.</p> <p>Artículo 71 Bis 4. Corresponderá a la secretaría establecer las normas para la detección, prevención, atención médica y la orientación en materia de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, de acuerdo con lo que establecen la presente ley y demás disposiciones aplicables.</p>	<p>Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:</p> <p>I. ...</p> <p>II. ...</p> <p>III. Orientar y capacitar a la población en materia de estilos de vida saludable que incluye entre otros: nutrición, salud mental, salud bucal, educación para la salud sexual y reproductiva, planificación familiar y anticoncepción, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención de la discapacidad y rehabilitación de las personas con</p>
--	--	---

<p>la discapacidad y rehabilitación de las personas con discapacidad y detección oportuna de enfermedades.</p>		<p>discapacidad y detección oportuna de enfermedades. Artículo 136 Bis. Las instituciones de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud deberán ofrecer y proveer pruebas diagnósticas del virus de la inmunodeficiencia humana en todos los casos de violencia familiar, sexual y de género y, proveer inmediatamente los servicios de aplicación de antirretrovirales de profilaxis post-exposición, de anticoncepción de emergencia y de interrupción legal del embarazo, en concordancia este último con lo que establezcan las disposiciones penales de las entidades federativas en todos los casos de violencia sexual que lo ameriten.</p>
--	--	--

Datos Relevantes

De acuerdo a cada uno de los Textos Propuestos, se destaca lo siguiente:

En materia de servicios básicos de salud mencionan que forman parte de los servicios de salud así como de salubridad general:

Iniciativa (1) La salud sexual y reproductiva	Iniciativa (2) La salud reproductiva así como la planificación familiar y anticoncepción .
---	---

Delimitan un capítulo específico a los servicios de salud sexual, es decir:

Iniciativa (1) Capítulo V Salud Sexual y Salud Reproductiva	Iniciativa (2) Capítulo V Salud Reproductiva
---	--

Conceptualizan a la **Salud reproductiva** como:

Iniciativa (1) Estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades, o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.	Iniciativa (2) Estado de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos; entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual saludable y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo y no hacerlo, cuando y con qué frecuencia, en condiciones de igualdad para la mujer y el hombre.
--	--

La iniciativa (1) también menciona que la **salud sexual** sea definida como el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. La salud sexual implica trato respetuoso que favorezca el ejercicio pleno de la vida sexual satisfactoria, en condiciones de seguridad, libre de coerción, discriminación y violencia.

Consideran que la **prestación de servicios de salud reproductiva** garantizará el respeto a la sexualidad sin discriminación alguna, debiendo mantener en todo momento la confidencialidad y la privacidad de las personas usuarias.

La prestación de los servicios de Salud comprende entre otros aspectos:

Iniciativa (1)	Iniciativa (2)
<ul style="list-style-type: none"> -Una prioridad. -Salud sexual reproductiva de las personas adolescentes. -Información, educación y consejería en sexualidad humana. - Garantiza información completa, comprensible, veraz, oportuna y basada en la evidencia científica, laica y libre de prejuicios sobre los métodos anticonceptivos, así como el acceso a dichos métodos. -Planificación familiar, que incluye el acceso a métodos anticonceptivos y a los servicios de reproducción asistida. -Prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, incluyendo los servicios aplicación de antiretrovirales y antibióticos de profilaxis postexposición, de anticoncepción de emergencia e interrupción legal del embarazo en concordancia este último con lo que establezcan las disposiciones penales de las entidades federativas de la república mexicana. -La reducción de los riesgos para la salud de los jóvenes, sin que las acciones de prevención impliquen injerencias arbitrarias que interfieran o pretendan inferir con el libre ejercicio de sus derechos. -Incluir el acceso a los insumos y las intervenciones esenciales determinados por la Organización Mundial de la Salud y otras instancias internacionales correspondientes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Una prioridad -Salud sexual y reproductiva, especialmente de las personas adolescentes, proveyendo información objetiva, veraz, oportuna y basada en la mejor evidencia científica disponible. -Planificación familiar y anticoncepción, que incluye el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y servicios de reproducción humana, de acuerdo con las necesidades específicas de las personas. -Prevención y atención de la violencia contras las mujeres y la niñez aplicando todas las medidas necesarias para limitar el daño resultante de la violencia, de conformidad con la normativa aplicable.

La iniciativa (2) propone que la **Secretaría de Salud** expida y modifique en su caso las **Normas Oficiales** específicas para la adecuada prestación de los servicios de salud reproductiva.

Ambas iniciativas pretenden que el **consentimiento informado de las personas menores** de edad tenga **relevancia jurídica** para garantizar el acceso y la prestación de servicios oportunos de salud reproductiva, tomando en consideración su interés superior y los criterios de madurez y desarrollo.

La iniciativa (1) pretende que el Ejecutivo Federal garantice el abasto y la distribución oportuna y gratuita de todos los insumos necesarios para la prestación

de los servicios de salud reproductiva. Para ello la Secretaría de Hacienda y Crédito Público deberá considerar en cada ejercicio, los recursos presupuestales etiquetados para ese fin dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación.

La iniciativa (2) pretende que la Secretaría de Salud establezca indicadores de evaluación en materia de prestación de servicios de salud reproductiva.

La iniciativa (2) propone la creación del Consejo Nacional para la Salud Reproductiva el cual:

- Será la instancia permanente, autónoma, multidisciplinaria e intersectorial de coordinación, disertación y consulta para contribuir al mejoramiento de las políticas públicas en la materia, en el que participarán instancias públicas, privadas y sociales.
- Regirá su actuación con fundamento en la mejor evidencia científica disponible, en los criterios de racionalidad y objetividad, de costo-eficacia, así como en la perspectiva de los derechos humanos y la igualdad de género.

Ambas iniciativas proponen la **prestación** de los servicios de **Planificación familiar y de Anticoncepción**, considerando que su objetivo debe contribuir a la prevención de los embarazos, no planeados y no deseados, la transmisión sexual y vertical del VIH.

La iniciativa (2) propone que las **instituciones de los sectores público, social y privado** que integran el **Sistema Nacional de Salud** deberá ofrecer y proveer **pruebas diagnósticas del virus de la inmunodeficiencia humana** en todos los casos de **violencia familiar, sexual y de género** y, proveer inmediatamente los servicios de aplicación de **antirretrovirales de profilaxis post-exposición, de anticoncepción de emergencia y de interrupción legal del embarazo**, en concordancia este último con lo que establezcan las disposiciones penales de las entidades federativas en todos los casos de violencia sexual que lo ameriten.

IX. DATOS ESTADISTICOS RESPECTO A LA ANTICONCEPCION EN MEXICO

Hoy en día, la disponibilidad masiva de métodos anticonceptivos modernos, en México, es uno de los elementos contemplados en los programas de Planificación Familiar Salud Sexual y Reproductiva, cuyo propósito va más allá de proveer a los individuos de los medios necesarios para limitar o espaciar su descendencia, sino que también tienen la intención de procurar a los mismos de la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.

A continuación se presentan los siguientes datos:

- **Estadísticas sobre conocimiento de Métodos Anticonceptivos**

Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según grupo de edad, en los años 1992, 1997, 2006 y 2009⁶³				
Grupos quinquenales de edad	1992	1997	2006	2009
Total	94.9	96.9	97.4	98.0
15 a 19 años	90.4	93.4	96.5	97.0
20 a 24 años	96.1	96.8	97.4	97.9
25 a 29 años	97.1	98.2	98.1	98.2
30 a 34 años	97.5	97.9	98.0	98.5
35 a 39 años	95.9	97.4	97.9	98.5
40 a 44 años	95.4	97.4	97.8	98.2
45 a 49 años	93.1	95.8	96.6	97.9

Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según paridez, en los años 1992, 1997, 2006 y 2009⁶⁴				
Paridez	1992	1997	2006	2009
0	92.5	94.1	96.0	96.9
1	96.7	98.2	98.5	98.6
2	97.8	99.0	98.9	99.2
3	97.6	98.8	98.9	99.4
4 y más	94.7	96.5	96.6	96.8

Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según nivel de escolaridad, en los años 1992, 1997, 2006 y 2009⁶⁵				
Nivel de Escolaridad	1992	1997	2006	2009
Sin escolaridad	79.5	82.4	84.9	82.6
Primaria incompleta	92.7	93.8	93.3	93.8

⁶³ Datos retomados del apartado Principales Indicadores de Salud Reproductiva/ENADID 2009. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Consejo Nacional de Población. Pág. 7.

Disponible en la dirección de Internet: <http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/SaludReproductiva/2009/2.%20Conocimiento.pdf>

Fecha de Consulta: Marzo 2015.

⁶⁴ Ibídem. Pág. 8.

⁶⁵ Ibídem Pág. 9.

Primaria completa	95.1	95.8	96.2	96.3
Secundaria y más	98.7	99.4	99.3	99.4

Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según lugar de residencia, en los años 1992, 1997, 2006 y 2009⁶⁶				
Lugar de residencia	1992	1997	2006	2009
Rural	86.5	90.0	92.6	93.4
Urbano	97.7	98.5	98.7	99.1

Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según condición de habla de lengua indígena, en los años 1997, 2006 y 2009⁶⁷			
Condición de habla de lengua indígena	1997	2006	2009
Habla	79.5	82.7	85.1
No habla	97.8	98.4	98.7

Lugar que ocupa cada una de las entidades Federativas respecto al Conocimiento de Métodos Anticonceptivos según tipo de método en mujeres de 15 a 49 años⁶⁸				
OTB	Vasectomía	Hormonales ⁶⁹	No hormonales ⁷⁰	Tradicional ⁷¹
Morelos 97.9%	Morelos 95.7%	Colima 99.8%	Nuevo León y Sonora 99.7%	Morelos 91.1%
Sonora 97.6%	Sonora 95.4%	Sinaloa 99.7%	Nayarit 99.6%	Sonora 90.3%
Sinaloa 96.9%	Baja California 94.1%	Sonora 99.6%	Colima, Sinaloa y Zacatecas 99.5%	Distrito Federal y Yucatán 88.1%
Estado de México 96.4%	Estado de México 93.1%	Baja California, Morelos, Nayarit y Yucatán 99.5%	Baja California y Coahuila 99.4%	Baja California y Nayarit 87.3%
Baja California 96.3%	Sinaloa 92.5%	Jalisco, Nuevo León, Quintana Roo y Yucatán 99.4%	Distrito Federal, Durango y Querétaro 99.3%	Jalisco 86.0%

⁶⁶ Ibídem. Pág. 10.

⁶⁷ Ibídem. Pág. 11.

⁶⁸ INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. Metodología y tabulados básicos. Cuadro 5.6.3. Página 81. Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/enadid/2009/met_y_tab_enadid09.pdf

Fecha de Consulta: Marzo 2015.

⁶⁹ Incluye anticonceptivos inyectables, implantes subdérmicos, anticonceptivos orales, parche anticonceptivo, píldora de emergencia, anillo (nuvaring), dispositivo intrauterino con hormonas, así como hormonales que no especificaron su forma de administración.

⁷⁰ Incluye DIU de cobre, condón masculino, condón femenino, diafragma, espermicidas, capuchón cervicouterino y esponja anticonceptiva vaginal.

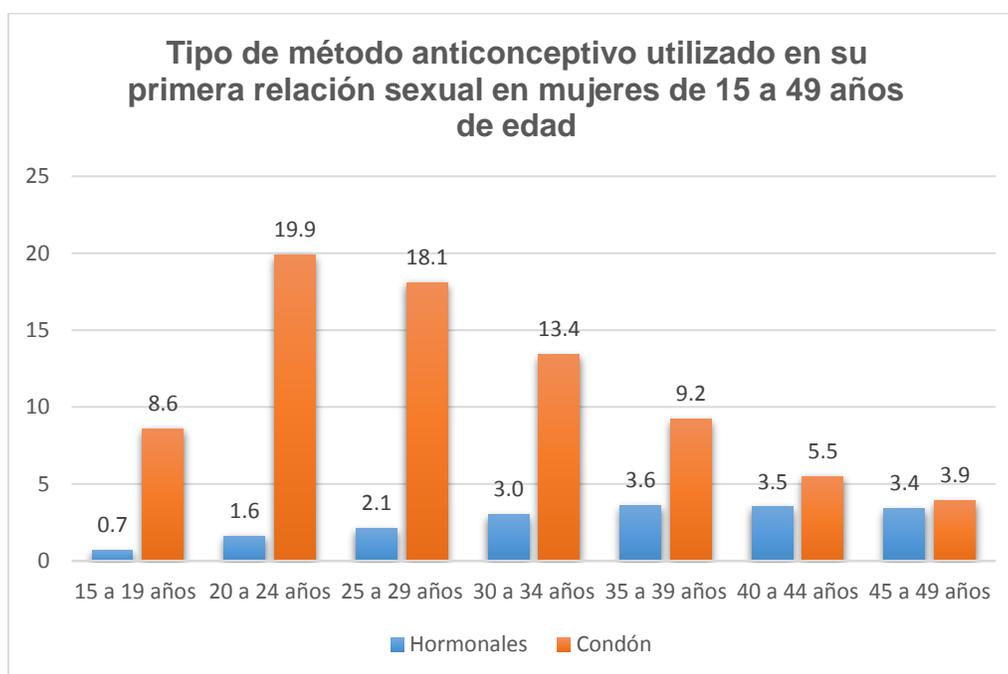
⁷¹ Incluye método del calendario o ritmo, método de la temperatura corporal basal, método de Billings, coito interrumpido, método sintotérmico, así como método de la lactancia y amenorrea (MELA).

Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis
 Dirección de Servicios de Investigación y Análisis
 Subdirección de Análisis de Política Interior

Yucatán 95.7%	Coahuila y Distrito Federal 92.2%	Coahuila y Chihuahua 99.3%	Aguascalientes, Baja California, Chihuahua, Jalisco, Morelos, San Luis Potosí y Tamaulipas 99.2%	Colima 85.2%
Nayarit 95.1%	Nayarit y Tamaulipas 92.1%	Aguascalientes, Baja California Sur, Durango, Querétaro, 99.2%	Quintana Roo y Tlaxcala 98.9%	Chihuahua 83.8%
Baja California Sur 94.7%	Yucatán 91.7%	Zacatecas 99.1%	Estado de México 98.8%	Nuevo León 83.7%
Distrito Federal y Coahuila 94.5%	Nuevo León 91.4%	Campeche 98.9%	Guanajuato, Hidalgo y Yucatán 98.6%	Sinaloa 83.5%
Chihuahua 94.3%	Chihuahua 91.3%	Hidalgo 98.7%	Michoacán 98.2%	Estado de México 83.0%
Querétaro y Tlaxcala 94.1%	Baja California Sur 90.8%	San Luis Potosí 98.6%	Campeche y Puebla 98.0%	Querétaro 82.5%
Colima 93.9%	Colima 90.4%	Distrito Federal 98.5%	Veracruz 97.8%	Baja California Sur 81.5%
Tamaulipas 93.8%	Quintana Roo 90.2%	Guanajuato y Tabasco 98.3%	Tabasco 97.3%	Quintana Roo 82.1%
Campeche y Quintana Roo 93.7%	Tlaxcala 90.1%	Estado de México y Tlaxcala 98.2%	Oaxaca 94.6%	Tamaulipas 80.3%
Nuevo León 93.6%	Querétaro 89.2%	Guerrero y Michoacán 98.1%	Guerrero 95.4%	Aguascalientes y Coahuila 79.3%
Veracruz 93.5%	Campeche 89.1%	Veracruz 97.6%	Chiapas 93.8%	Puebla 78.4%
Puebla 92.8%	Jalisco 89.0%	Puebla 97.2%		Zacatecas 78.0%
Tabasco 92.7%	Puebla 88.3%	Chiapas 96.1%		Tlaxcala 77.8%
Hidalgo 92.3%	Durango 87.5%	Oaxaca 96.0%		Campeche 76.5%
Oaxaca 91.5%	Tabasco 87.4%			Veracruz 76.2%
Jalisco 91.1%	Zacatecas 87.3%			San Luis Potosí 74.8%
Zacatecas 90.8%	Veracruz 87.2%			Guanajuato 74.6%
Guerrero 90.7%	Aguascalientes 86.4%			Durango 73.3%
San Luis Potosí 90.5%	San Luis Potosí 85.5%			Hidalgo 73.0%
Durango	Hidalgo			Oaxaca

90.4%	84.5%			70.3%
Aguascalientes y Chiapas 88.3%	Guanajuato 82.8%			Michoacán 70.2%
Guanajuato 88.2%	Guerrero 80.8%			Tabasco 69.3%
Michoacán 87.8%	Oaxaca 80.1%			Guerrero 63.2%
	Michoacán 78.4%			Chiapas 56.5%
	Chiapas 73.6%			

- **Tipo de Métodos Anticonceptivos en la primera relación Sexual**



Notas:

-Datos retomados del Cuadro "5.6.24". Pág. 104. ENADID 2009.

-Respecto a la categoría de los Hormonales se incluye a los anticonceptivos inyectables, implantes subdermicos, anticonceptivos orales, parche anticonceptivo, píldora de emergencia, anillo (nuvring), dispositivo intrauterino con hormonas, así como hormonales que no especificaron su forma de administración.

Cabe destacar y a diferencia de la gráfica anterior los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 nos señala:

- “Las adolescentes de 12 a 19 años, la mayoría declara haber usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Entre los métodos más utilizados por este grupo de edad se ubica el condón, con 80.6%, y cerca de 6.2% indicó el uso de hormonales.
- En las mujeres, la utilización reportada es menor: 61.5% mencionó que su pareja usó condón y 7.3% usó hormonales.
- En cuanto a la utilización de métodos por grupos de edad en la primera relación sexual, en los hombres se observa un mayor porcentaje en el uso de condón en los adolescentes de 12 a 15 años de edad, mientras que en mujeres el uso es similar por grupos de edad.
- El uso de hormonales en las mujeres más jóvenes en su primera relación sexual resultó ser tres puntos porcentuales mayor que en el grupo de 16 a 19 años de edad”.⁷²

“De acuerdo al Fondo Nacional de Población (UNFPA), los jóvenes en México inician su vida sexual entre los 15 y 19 años, de estos 97% conoce los métodos anticonceptivos, sin embargo, más del 50% no utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual”.⁷³

Sin embargo, en el rango de edad de 15 a 49 años de edad algunas mujeres no utilizaron⁷⁴ ningún método, es decir:

Grupos quinquenales de edad	No utilizó	Utilizó método anticonceptivo
15 a 19 años	61.5	38.5
20 a 24 años	66.3	33.7
25 a 29 años	75.0	25.0
30 a 34 años	80.9	19.1
35 a 39 años	84.8	15.2
40 a 44 años	88.7	11.3
45 a 49 años	90.7	9.3

⁷² Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Páginas 81 y 82. Disponible en la dirección de Internet: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
Fecha de Consulta: Marzo 2015.

⁷³ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) México. Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes. Disponible en la dirección de Internet: http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php
Fecha de Consulta: Abril 2015.

⁷⁴ Datos retomados del apartado Principales Indicadores de Salud Reproductiva/ENADID 2009. Uso de anticoncepción en la primera relación sexual. Consejo Nacional de Población. P Disponible en la dirección de Internet: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/216/1/images/3UsoDeBis.pdf>
Fecha de Consulta: Abril 2015.

• **Estadísticas sobre el uso actual de Métodos Anticonceptivos**

Porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos por grupo de edad en el año 2009⁷⁵					
		Métodos modernos			
Grupos quinquenales de edad	OTB	Vasectomía	Hormonales⁷⁶	No hormonales⁷⁷	Sólo tradicionales⁷⁸
15-19 años	1.2	0.2	28.9	62.0	7.7
20-24 años	7.5	0.3	29.0	56.0	7.2
25-29 años	24.1	1.5	24.2	41.9	8.3
30-34 años	43.3	2.4	16.4	30.2	7.7
35-39 años	59.7	4.1	9.2	20.9	6.1
40-44 años	72.0	3.6	5.8	13.5	5.1
45-49 años	80.2	3.7	3.5	8.9	3.7

Porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos por condición de unión en el año 2009⁷⁹					
		Métodos modernos			
Condición de unión	OTB	Vasectomía	Hormonales⁸⁰	No hormonales⁸¹	Sólo tradicionales⁸²
Unida (incluye casadas y en unión libre)	50.1	3.1	13.7	26.1	7.0
Exunida (incluye separadas, divorciadas y viudas)	70.6	1.3	8.1	18.9	1.1
Nunca unida (solteras)	15.7	0.7	24.6	54.0	5.0

⁷⁵ Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. Cuadro 5.6.8. Pág. 86

⁷⁶ Incluye anticonceptivos inyectables, implantes subdérmicos, anticonceptivos orales, parche anticonceptivo, píldora de emergencia, anillo (nuvaring), dispositivo intrauterino con hormonas y hormonales que no especificaron su forma de administración.

⁷⁷ Incluye DIU de cobre, condón masculino, condón femenino, diafragma, espermicidas, capuchón cervicouterino y esponja anticonceptiva vaginal.

⁷⁸ incluye método del calendario o ritmo, método de la temperatura corporal basal, método de Billings, coito interrumpido, método sintotérmico, así como método de la lactancia y amenorrea (MELA).

⁷⁹ Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. Cuadro 5.6.8. Pág. 86

⁸⁰ incluye anticonceptivos inyectables, implantes subdérmicos, anticonceptivos orales, parche anticonceptivo, píldora de emergencia, anillo (nuvaring), dispositivo intrauterino con hormonas y hormonales que no especificaron su forma de administración.

⁸¹ Incluye DIU de cobre, condón masculino, condón femenino, diafragma, espermicidas, capuchón cervicouterino y esponja anticonceptiva vaginal.

⁸² incluye método del calendario o ritmo, método de la temperatura corporal basal, método de Billings, coito interrumpido, método sintotérmico, así como método de la lactancia y amenorrea (MELA).

A nivel local⁸³:

- Las entidades que reportaron más del 50% de mujeres de 15 a 49 años de edad usuarias del método anticonceptivo (**Oclusión Tubaria Bilateral-OTB**) son Chihuahua (50.0%), Tamaulipas (50.1%), Nayarit (51.4%), Tlaxcala (51.7%), Guerrero (52.0%), Morelos (52.6%), Puebla (52.9%), Hidalgo (54.0%), Sinaloa (54.8%), Baja California Sur (54.9%), Campeche (57.0%), Oaxaca (58.0%), Veracruz (58.2%), Chiapas (60.2%) y Tabasco (62.9%).
Mientras las que reportaron menos del porcentaje estipulado son Baja California (49.6%), México (49.0%), Quintana Roo (48.3%), Sonora (48.2%), Colima (48.0%), Coahuila (47.5%), Yucatán (47.4%), Michoacán (46.9%), Jalisco (45.9%), Durango (43.2%), Guanajuato (42.8%), Querétaro (42.2%), Nuevo León (41.7%), Distrito Federal (39.4%), Aguascalientes (39.2%), San Luis Potosí (37.7%) y Zacatecas (37.7%).
- Las entidades que reportaron más del 4% de mujeres de 15 a 49 años de edad usuarias del método anticonceptivo (**Vasectomía**) son el Distrito Federal y Chihuahua con el (4.1%) así como Aguascalientes con el (4.8%).
Por lo que corresponde a las entidades cuyo porcentaje es menor al estipulado son México (3.6%), Sonora (3.5%), Querétaro, Quintana Roo y Coahuila (3.3%), Baja California Sur, Nuevo León y Yucatán (3.1%), Guanajuato (2.9%), Jalisco (2.8%), Baja California (2.7%), San Luis Potosí (2.5%), Morelos (2.3%), Puebla (2.3%), Colima, Durango e Hidalgo (2.2%), Zacatecas (2.1%), Campeche, Michoacán y Tamaulipas (1.9%), Tabasco (1.8%), Tlaxcala (1.7%), Nayarit y Veracruz (1.4%), Guerrero (1.1%), Oaxaca y Sinaloa (1.0%) y Chiapas (0.7%).
- Las entidades que reportaron más del 15% de mujeres de 15 a 49 años de edad usuarias de un método anticonceptivo (**Hormonal**)⁸⁴ son Yucatán (15.3%), Campeche y Aguascalientes (15.5%), Jalisco (16.5%), Baja California Sur (17.0%), Chihuahua (17.1%), Tamaulipas, Tabasco, Guerrero y Chiapas (17.7%), San Luis Potosí (18.1%), Sonora (18.2%), Nayarit y Sinaloa (19.1%), Quintana Roo (19.3%), Durango y Baja California (21.2%).
Por lo que corresponde a las entidades cuyo porcentaje es menor al estipulado son Michoacán (14.9%), Distrito Federal (13.5%), Colima (13.1%), Morelos (13.0%), Coahuila (12.9%), Zacatecas (12.8%), Nuevo León y Veracruz (12.5%), Guanajuato (12.3%), Oaxaca (12.1%), México (11.0%), Querétaro (10.3%), Hidalgo (9.3%), Puebla (8.6%) y Tlaxcala (8.3%).
- Las entidades que reportaron más del 30% de mujeres de 15 a 49 años de edad usuarias de un método anticonceptivo (**No Hormonal**)⁸⁵ son Aguascalientes (30.4%), Guanajuato y México (30.7%), Coahuila (31.1%), Tlaxcala (31.5%), Querétaro (34.6%), Nuevo León (35.7%), San Luis Potosí (36.1%), Distrito Federal (38.1%) y Zacatecas (41.1%).
Por lo que corresponde a las entidades cuyo porcentaje es menor al estipulado son Colima (29.7%), Durango (28.5%), Puebla (28.4%), Michoacán (28.1%), Hidalgo (27.3%), Morelos (27.0%), Tamaulipas (25.5%), Sonora (25.4%), Jalisco (24.9%),

⁸³ Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. Cuadro 5.6.7. Pág. 85.

⁸⁴ Incluye anticonceptivos inyectables, implantes subdérmicos, anticonceptivos orales, parche anticonceptivo, píldora de emergencia, anillo (nuvaring), dispositivo intrauterino con hormonas y hormonales que no especificaron su forma de administración.

⁸⁵ Incluye DIU de cobre, condón masculino, condón femenino, diafragma, espermicidas, capuchón cervicouterino y esponja anticonceptiva vaginal.

Guerrero (24.1%), Chihuahua y Nayarit (23.9%), Oaxaca (23.7%), Veracruz (23.1%), Baja California (22.8%), Sinaloa (22.6%), Baja California Sur (22.4%), Quintana Roo (21.4%), Campeche (17.9%), Yucatán (17.7%), Chiapas (16.5%) y Tabasco (13.3%).

- Las entidades que reportaron más del 6% de mujeres de 15 a 49 años de edad usuarias del método anticonceptivo **(Solo tradicionales)**⁸⁶ son Zacatecas (6.5%), Tlaxcala (6.8%), Colima y Nuevo León (7.0%), Hidalgo (7.2%), Campeche y Quintana Roo (7.7%); Puebla (7.8%), Michoacán (8.2%), Querétaro (9.6%), Jalisco (9.9%), Aguascalientes (10.1%), Guanajuato (11.3%) y Yucatán (16.5%).

Por lo que corresponde a las entidades cuyo porcentaje es menor al estipulado son México (5.7%), San Luis Potosí (5.6%), Coahuila (5.3%), Oaxaca (5.2%), Guerrero y Morelos (5.1%), Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal y Durango (4.9%), Tamaulipas y Veracruz (4.8%), Sonora (4.7%), Tabasco (4.3%), Nayarit (4.0%), Baja California (3.7%), Baja California Sur (2.6%) y Sinaloa (2.5%).

- Proveedores de Métodos Anticonceptivos**

Los proveedores particulares de métodos anticonceptivos, específicamente las farmacias, han ganado terreno en las preferencias, al menos de la población femenina urbana (en rangos de edad de 15 a 34 años de edad). Para ellas y sus parejas ello implica, por un lado, una mayor erogación de recursos y, por otro, la ausencia de asesoría por parte de personal especializado, que oriente la adquisición y uso correcto del método que resulte más adecuado para cada usuaria en particular, tarea que debe cumplir el sector público, como se aprecia en el siguiente cuadro:

Porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos modernos según lugar de obtención, por grupo de edad en el año 2009⁸⁷					
Grupos quinquenales de edad	SSA Seguro Popular	SSA cuota de recuperación	Otras Instituciones de salud del gobierno	Consultorio, clínica u hospital privado	Farmacias o tienda de autoservicio
15-19 años	13.3	16.3	3.4	4.8	46.1
20-24 años	11.1	15.1	3.5	6.8	37.5
25-29 años	10.8	16.2	2.9	10.2	26.9
30-34 años	8.8	16.9	3.0	14.6	17.5
35-39 años	7.4	17.0	2.9	17.8	10.9
40-44 años	5.7	17.2	3.0	18.7	7.5
45-49 años	4.1	15.3	2.3	19.4	4.7

Porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos modernos según lugar de obtención, por condición de habla lengua indígena en el año 2009⁸⁸
--

⁸⁶ Incluye método del calendario o ritmo, método de la temperatura corporal basal, método de Billings, coito interrumpido, método sintotérmico, así como método de la lactancia y amenorrea (MELA).

⁸⁷ Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. Cuadro 5.6.10. Pág. 90

⁸⁸ Ídem.

Condición de habla de lengua indígena	SSA Seguro Popular	SSA cuota de recuperación	Otras Instituciones de salud del gobierno	Consultorio, clínica u hospital privado	Farmacias o tienda de autoservicio
Habla	15.1	27.4	3.4	8.4	8.1
No habla	7.6	15.9	2.9	15.1	17.5

Porcentaje de mujeres en 2009 de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos modernos según lugar de obtención, por nivel de instrucción en el año 2009 ⁸⁹					
Nivel de Instrucción	SSA Seguro Popular	SSA cuota de recuperación	Otras Instituciones de salud del gobierno	Consultorio, clínica u hospital privado	Farmacias o tienda de autoservicio
Sin instrucción	13.5	40.9	4.4	9.2	4.4
Primaria incompleta	11.8	31.8	5.7	10.4	5.1
Primaria completa	11.5	23.7	3.4	10.9	9.5
Media básica	10.0	17.1	3.3	11.3	13.1
Media superior	4.7	9.3	1.9	17.5	21.8
Superior	1.3	3.5	1.2	25.8	35.4
No especificado	3.0	2.0	3.1	12.0	36.1

Porcentaje de mujeres de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos modernos según lugar de obtención, a nivel Nacional el año 2009 ⁹⁰				
IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	ISSSTE Estatal	SSA Seguro Popular
33.3	1.8	3.0	1.7	7.9

- Estadísticas respecto a las principales razones por las que las Mujeres utilizan los Métodos Anticonceptivos

Porcentaje de mujeres por grupos de edad que indican las razones del uso de métodos anticonceptivos ⁹¹			
Grupos quinquenales de edad	Limitar embarazos	Espaciar embarazos	Indicación médica
15 a 19 años	3.8	94.5	1.1
20 a 24 años	12.5	84.5	2.2
25 a 29 años	31.0	64.1	4.0
30 a 34 años	20.9	43.2	4.9
35 a 39 años	67.4	24.2	7.2

⁸⁹ Ídem.

⁹⁰ Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. Cuadro 5.6.9. Pág. 87.

⁹¹ Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. Cuadro 5.6.14. Pág. 94

40 a 44 años	76.8	12.5	9.4
45 a 49 años	80.0	7.7	10.4

A nivel local⁹²:

- Las entidades que reportaron un porcentaje mayor al 50% en relación a la razón de utilizar un método anticonceptivo principalmente para (limitar un embarazo) en mujeres de 15 a 49 años de edad son Guerrero (50.0%), Coahuila (50.3%), Durango (52.2%), Tlaxcala (52.5%), Colima (52.6%), Nuevo León (52.7%), Tamaulipas (53.4%) y Quintana Roo (53.4%), Hidalgo (54.3%), Puebla y Nayarit (54.8%), Chihuahua y Sinaloa (55.2%), Baja California (55.6%), Distrito Federal (56.4%), Veracruz
 Por lo que corresponde a las entidades cuyo porcentaje es menor al estipulado son Michoacán (49.6%), Jalisco (48.5%), Yucatán (48.1%), Querétaro (47.4%), Guanajuato (46.2%), San Luis Potosí (45.1%), Aguascalientes (42.3%) y Zacatecas (37.2%)
- Las entidades que reportaron un porcentaje mayor al 40% en relación a la razón de utilizar un método anticonceptivo principalmente para (espaciar un embarazo) en mujeres de 15 a 49 años de edad son Distrito Federal (40.2%); Coahuila (40.4%); Nuevo León (40.5%); Sinaloa (40.7%); Querétaro (40.8%); Michoacán (41.2%); Guerrero (42.4%); Durango (42.6%); Aguascalientes (43.5%), Guanajuato (44.6%); San Luis Potosí (47.1%) y Zacatecas (48.1%).
 Por lo que corresponde a las entidades cuyo porcentaje es menor al estipulado son Jalisco (39.6%), Colima (39.2%), Tlaxcala (38.7%), Quintana Roo (38.5%), Tamaulipas (38.1%), Nayarit (38.0%), Hidalgo (37.3%), Yucatán (37.1%), Chihuahua (37.0%), México (36.7%), Baja California (36.6%), Chiapas (35.8%), Baja California Sur (34.9%), Campeche (34.6%), Morelos (34.3%), Tabasco (33.4%), Veracruz (33.2%), Sonora (31.7%) y Oaxaca (30.5%).

⁹² Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. Cuadro 5.6.13. Pág. 93

CONSIDERACIONES GENERALES

El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos han sido elementos críticos del cambio demográfico y social, dada su relevancia en la reducción de la fecundidad y en la forma de concebir y ejercer la sexualidad de cada una de las mujeres y hombres.

Información de la Encuesta (ENADID) 2009 muestra que de las mujeres jóvenes en edad fértil utilizaron algún método anticonceptivo, de las adolescentes entre 15 y 19 años sexualmente activas usan algún método (38.5%) y (61.5%) de las jóvenes en ese rango de edad reportaron no haber utilizado protección anticonceptiva en su primera relación.

A pesar del gran logro que representa conocer sobre la existencia de los diversos métodos anticonceptivos, la persistencia de la fecundidad adolescente, en particular aquella que no es planificada, ponen en duda este conocimiento no lográndose así concretarse el uso de anticoncepción en los encuentros sexuales. En este sentido, parece lógico que la sola noción sobre la existencia de uno o varios métodos anticonceptivos no se traduce en la posibilidad real de acceder a ellos ni, si esto ocurre, conocer la forma correcta de su uso o ser capaces de negociar su utilización con la pareja sexual.

La elección de un método anticonceptivo sobre otro responde a las preferencias reproductivas de los individuos (si desean espaciar o limitar su descendencia), las características de su actividad sexual, la edad, el número de hijos tenidos previamente, sus condiciones de salud, entre otros muchos factores que deberían, idealmente, tomarse en cuenta cuando se decide sobre la mejor manera de regular la fecundidad y, además, protegerse contra enfermedades de transmisión sexual, al respecto la ENADID 2009 señaló que el método más utilizado entre las mujeres de 15 a 49 años de edad ha sido el Condón.

Un aspecto importante en la práctica anticonceptiva de la población es la fuente de obtención de los métodos para regular su fecundidad. Si bien elegir una fuente principal como las farmacias de acuerdo a los resultados que arroja la (ENANDID 2009) para proveerse de métodos anticonceptivos, obedece a una decisión personal, ya que esta preferencia se encuentra relacionada con las deficiencias en el servicio que brindan las instituciones públicas de salud al respecto. Sin embargo, la deficiencia de las instituciones trae consigo la ausencia de asesoría por parte del personal especializado que oriente la adquisición y uso correcto del método que resulte más adecuado para cada usuaria en particular.

Resulta conveniente entonces, mencionar, que para mejorar aún más respecto al tema de la anticoncepción sería plantear que uno de los desafíos a vencer por el Programa Nacional de Planificación Nacional, y el resto de los Programas y Estrategias del Poder Ejecutivo, es la falta de continuidad de las políticas públicas y las acciones en la materia, dado que se modifican cada seis

años y no hay mecanismos definidos para dar seguimiento a las acciones previas, por lo que muchas veces esto tiene un impacto negativo en la implementación de las políticas existentes o las de nueva creación.

Por otro lado, como se observa en las dos iniciativas analizadas, existe un interés legislativo por abordar el tema de forma seria y específica, sin embargo, se considera que este tema, es en mucho cultural, más allá de la legislación que se establezca en lo particular, por lo que desde la educación básica debe de impartirse el tema de forma mucho más abierta y sin ataduras ideológicas y religiosas, ya que más que alejar al joven del tema sexual, se le deja desinformado y por ende con mayor riesgo y vulnerabilidad al comenzar una vida sexualmente activa sin la debida protección para ello.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Rivera Reyes, Gabriela; Aguilar Gil, José Ángel y Schiavon Ermani, Raffaella. Métodos anticonceptivos para adolescentes. Cuaderno de Trabajo 5. Manual para prestadores de Servicios. Documentos de Pathfinder. Gobierno del Estado de México ISEM.
- Coronel Brizio, Pedro Guillermo. Ginecología. Textos Universitarios. Dirección General Editorial. Universidad Veracruzana. 2011
- González Labrador, Ignacio y Emilia Miyar Pieiga. Consideraciones sobre Planificación Familiar: Métodos Anticonceptivos. Revista Cubana Medicina General Integral, 2001.
- Mondragón Castro, Héctor. Ginecología Básica Ilustrada. Editorial Trillas. México, Argentina, España, Colombia, Puerto Rico, Venezuela. 2008.
- Lerner Susana y Szasz, Ivonne. Coordinadoras. Salud reproductiva y condiciones de vida en México. El Colegio de México. Primera Edición 2009. Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Conclusiones y recomendaciones para el diseño de políticas públicas.

LEGISLACIÓN

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_07jul14.pdf
- Ley General de Salud
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_191214.pdf
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/leyes.php>
- Ley General de Población
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf>
- Reglamento de la Ley General de Población
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/leyes.php>

- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA_041214.pdf
- Ley General de Educación
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137_191214.pdf
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>
- Ley General de Víctimas
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>
- Norma Oficial Mexicana (NOM-005-SSA2-1993), de los Servicios de Planificación Familiar
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=676842&fecha=21/01/2004
- Norma Oficial Mexicana (NOM-046-SSA2-2005), violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5087256&fecha=16/04/2009
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW)
<http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/cedaw/cedaw.pdf>
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.htm
- Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
- Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018
<http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>

- Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018

http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes_2013_2018.pdf
- Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/Carrusel/ENAPEA_0215.pdf
- Revista Cubana de Medicina General Integral. Orígenes de la anticoncepción. Página Cultural. 1996.

http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_4_96/mgi14496.htm
- Introducción a los Métodos Anticonceptivos: Información General. Secretaría de Salud.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>
- Nota 50 Años de la píldora anticonceptiva

<http://www.revistabuenasalud.cl/50-anos-de-la-pildora-anticonceptiva/>
- PlanificaNet

<http://www.planificanet.gob.mx/index.php/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos/anillo-vaginal.php>
- Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos

http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf?ua=1
- Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el uso de Anticonceptivos

http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562843_spa.pdf?ua=1
- Consejo Nacional de Población. Principales Indicadores de Salud Reproductiva.

http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Republica_Mexicana

- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Metodología y tabulados básicos.
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/enadid/2009/met_y_tab_enadid09.pdf
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) México. Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes.
http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php
- Ley de Salud del Estado de Aguascalientes
http://www.aguascalientes.gob.mx/gobierno/leyes/leyes_PDF/13032012_092248.pdf
- Ley de Salud Pública del Estado de Baja California
http://www.congresobc.gob.mx/legislacion/Parlamentarias/TomosPDF/Leyes/TOMO_VI/Leysalpu_31DIC2014.pdf
- Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur
http://www.cbcs.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=2097&Itemid=154
- Ley de Salud para el Estado de Campeche
http://congresocam.gob.mx/leyes/index.php?option=com_content&view=article&id=135:ley-de-salud-para-el-estado-de-campeche&catid=1:leyes&Itemid=7
- Ley Estatal de Salud de Coahuila
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/despliegaedo2.php?ordenar=&edo=5&idi=&catTipo=4>
- Ley de Salud del Estado de Colima
http://congresocol.gob.mx/web/Sistema/uploads/LegislacionEstatal/LeyesEstatales/salud_7feb2015.pdf
- Ley de Salud del Estado de Chiapas
<http://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/L-42.pdf>

- Ley Estatal de Salud de Chihuahua
<http://www.congresochihuahua.gob.mx/biblioteca/leyes/archivosLeyes/894.pdf>
- Ley de Salud del Distrito Federal
<http://www.aldf.gob.mx/archivo-57709e169c4252ec9d2c639d24d94142.pdf>
- Ley de Salud del Estado de Durango
http://www.congresodurango.gob.mx/es/legislacion_vigente
- Ley de Salud del Estado de Guanajuato
http://www.congresogto.gob.mx/uploads/ley/pdf/54/Ley_de_Salud_del_Estad_o_de_Guanajuato_Decreto_172_PO_10_JUN_2014.pdf
- Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero
<http://congresogro.gob.mx/index.php/ordinarias>
- Ley de Salud para el Estado de Hidalgo
<http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/Contenido/Leyes/73Ley%20de%20Salud%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf>
- Ley de Salud del Estado de Jalisco
<http://congresoweb.congresoajal.gob.mx/BibliotecaVirtual/busquedasleyes/Listado.cfm#Leyes>
- Ley de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo
http://189.254.237.242/media/documentos/trabajo_legislativo/LEY_DE_SALUD_SEGUNDA_REF._28_DE_ENERO_DE_2013.pdf
- Ley de Salud del Estado de Morelos
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/estatal.php?liberado=si&edo=17>
- Ley de Salud para el Estado de Nayarit
http://www.congresonay.gob.mx/media/1238/salud_para_el_estado_de_nayarit_-ley_de.pdf
- Ley Estatal de Salud de Nuevo León
http://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/pdf/LEY%20ESTATAL%20DE%20SALUD.pdf

- Ley Estatal de Salud de Oaxaca
<http://www.congresooaxaca.gob.mx/legislatura/legislacion/leyes/081.pdf>
- Ley Estatal de Salud de Puebla
http://www.congresopuebla.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=catt_view&gid=25&Itemid=485&limitstart=110
- Ley de Salud del Estado de Querétaro
<http://www.legislaturaqueretaro.gob.mx/repositorios/60.pdf>
- Ley de Salud del Estado de Quintana Roo
<http://www.congresoqroo.gob.mx/leyes/salud/ley039/L1420141209159.pdf>
- Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí
<http://50.28.102.175/ley/261.pdf>
- Ley de Salud del Estado de Sinaloa
http://www.congresosinaloa.gob.mx/images/congreso/leyes/zip/ley_salud_22-ago-2014.pdf
- Ley de Salud del Estado de Sonora
http://www.congresoson.gob.mx/Leyes_Archivos/doc_55.pdf
- Ley de Salud del Estado de Tabasco
<http://tempo.congresotabasco.gob.mx/documentos/2013/LXI/OFICIALIA/Ley%20de%20Salud%20del%20Estado%20de%20Tabasco.pdf>
- Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas
<http://www.congresotamaulipas.gob.mx/Parlamentario/Archivos/Leyes/Ley%20de%20Salud%20EDO.pdf>
- Ley de Salud del Estado de Tlaxcala
<http://www.congresotlaxcala.gob.mx/>
- Ley Salud del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave
<http://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/SALUD240912.pdf>
- Ley de Salud del Estado de Yucatán
<http://www.poderjudicialyucatan.gob.mx/digestum/marcoLegal/02/2012/DIGESTUM02019.pdf>
- Ley de Salud del Estado de Zacatecas
<http://www.congresozac.gob.mx/e/todojuridico&cual=61>

- Ley General de Salud de Costa Rica
<http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-informacion/legislacion-sanitaria>
- Ley Orgánica de Salud de Ecuador
http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Ecuador/EC_Ley_Organica_de_Salud.pdf
- Código de Salud de Honduras
[http://www.poderjudicial.gob.hn/juris/Leyes/Codigo%20de%20Salud%20\(actualizada-07\).pdf](http://www.poderjudicial.gob.hn/juris/Leyes/Codigo%20de%20Salud%20(actualizada-07).pdf)
- Ley General de Salud de Nicaragua
[http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/FF82EA58EC7C712E062570A1005810E1?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/FF82EA58EC7C712E062570A1005810E1?OpenDocument)
- Ley General de Salud de Perú
ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/L-26842_LGS.pdf
- Ley Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673/2003) de Argentina
<http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>
- Reglamentación de la Ley Nº 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
<http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>
- Ley 20.418 fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de regulación de la Fertilidad
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010482&idParte=0&idVersion=>
- Reglamento para el ejercicio del Derecho a recibir Educación, Información y Orientación en materia de Regulación de la Fertilidad
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1049694>
- Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva
<http://old.congreso.gob.gt/archivos/decretos/2005/gtdcx87-2005.pdf>

- Ley de Anticoncepción Quirúrgica de Argentina
http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley_anticon_quirurgica.php

OPINIONES ESPECIALIZADAS

- Tamés. Regina. Niñas teniendo niñas. Nota Periodística. El Universal.
<http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/impreso/ninias-teniendo-ninias-218504.html>
- México: anticoncepción obligatoria.
<http://www.politicadeestado.com/index.php/item/4814-m%C3%A9xico-anticoncepci%C3%B3n-obligatoria.html>
- Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. Una visión integrada de todo el proceso de evaluación
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11204508>
- Propuestas enfocadas en educación sexual
http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf



**COMISIÓN BICAMERAL
DEL SISTEMA DE BIBLIOTECAS**

Dip. Fernando Rodríguez Doval
Presidente

Sen. Braulio Manuel Fernández Aguirre
Dip. Heriberto Manuel Galindo Quiñones
Dip. Marcelo Garza Ruvalcaba
Sen. Juan Carlos Romero Hicks
Sen. Adolfo Romero Lainas
Integrantes

SECRETARÍA GENERAL

Mtro. Mauricio Farah Gebara
Secretario General

SECRETARÍA DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS

Lic. Juan Carlos Delgadillo Salas
Secretario



**DIRECCIÓN GENERAL DE
SERVICIOS DE DOCUMENTACIÓN, INFORMACIÓN Y ANÁLISIS**

Lic. José María Hernández Vallejo
Director

DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS

Mtra. Avelina Morales Robles
Directora

SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE POLÍTICA INTERIOR

Mtra. Claudia Gamboa Montejano
Investigadora Parlamentaria
Subdirectora

Mtra. Sandra Valdés Robledo
Lic. Arturo Ayala Cordero
Asistentes de Investigación

Lic. Miriam Gutiérrez Sánchez
Auxiliar de Investigación