

3. La autonomía progresiva en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos



BIANCA FERNANDA VARGAS ESCAMILLA*
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.390.03>

Resumen

Este capítulo analiza la autonomía progresiva como eje rector para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes en México. Partiendo de un enfoque interdisciplinario que conjunta la antropología en salud, la bioética y el derecho, se profundiza en la brecha entre un marco normativo aparentemente robusto y las barreras persistentes en la práctica institucional y en las narrativas sociales.

A partir de una metodología de bioética inductiva y del análisis de narrativas derivadas de una investigación etnográfica, se identifican cuatro escenarios críticos para la reflexión y la acción: las uniones tempranas y forzadas; las limitaciones en el acceso a métodos anticonceptivos y al aborto seguro; el abordaje del embarazo en menores de 15 años y su relación con la violencia sexual y de género; y la implementación deficiente de programas de Educación Integral en Sexualidad (EIS). Asimismo, se destaca la necesidad de desarticular las nociones tradicionales de minoría de edad mediante el concepto de evolución facultativa, que propone reconocer la capacidad de decisión de forma gradual y contextualizada, más allá del estatus jurídico de ciudadanía. Los hallazgos evidencian que el adultocentrismo y la estigmatización de la

* Doctora en Ciencias Sociomédicas con especialidad en Antropología en Salud. Médica Cirujana por la Universidad Nacional Autónoma de México. biancavescamilla@gmail.com.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0776-7442>

sexualidad en la adolescencia operan como formas de censura cultural que invisibilizan las violencias y dificultan el acceso a servicios de salud.

En conclusión, es imperante armonizar la legislación nacional con los estándares internacionales, además de garantizar su pertinencia a nivel nacional y atender a los retos específicos de los contextos locales en su diversidad. Este cambio estructural requiere de una transición hacia narrativas sociales que reconozcan a las adolescencias y juventudes como agentes titulares de derechos, capaces de gestionar su bienestar y dignidad bajo un esquema de acompañamiento institucional no coercitivo.

Palabras clave: *adolescencia, autonomía, derechos sexuales y reproductivos, política pública, normas jurídicas.*

El reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSyDR) como eje fundamental para el desarrollo, el bienestar y la salud integral de las personas dista de ser un hecho social o un logro consolidado a nivel jurídico, político y sociocultural. Las brechas que persisten para su plena garantía derivan de una sociedad estratificada (1) en donde las barreras se presentan de manera diferencial y desigual dependiendo de la presencia e intersección de múltiples determinantes sociales, como son el género, la edad, la pertenencia a un grupo étnico, la condición de salud o de discapacidad, la situación de ciudadanía y migración, entre otros (2).

Sin menoscabo de la complejidad que aporta el enfoque de interseccionalidad, este capítulo aborda de manera particular la interrelación del género y la edad que se traducen en un planteamiento específico: el acceso de las niñas y adolescentes al ejercicio y garantía de sus derechos sexuales y reproductivos. Para ello, resulta fundamental partir de la comprensión y el posicionamiento del principio de la autonomía progresiva, un concepto relativamente reciente cuya definición comprehensiva requiere de una perspectiva histórica y sociocultural sobre la infancia y la adolescencia, un análisis crítico sobre su conceptualización e implicaciones en la sociedad, y de un enfoque interdisciplinario para su aplicación en el ámbito jurídico, institucional y comunitario.

Para ello, comenzaremos por explorar brevemente el marco conceptual de los derechos, la autonomía progresiva y la adolescencia, posteriormente,

abordaremos las bases jurídicas, normativas y de política pública vigentes en México y su concordancia con los referentes internacionales, como mecanismos para el reconocimiento de las infancias y adolescencias como agentes y portadores de derechos. También, analizaremos cuatro situaciones paradigmáticas desde una bioética inductiva que recurre a la argumentación basada en casos y narrativas para dar cuenta de las problemáticas específicas que la sociedad, el Estado y sus instituciones, requerimos atender para acortar esta brecha. A partir de ello, concluimos con algunas posibles rutas en materia legislativa, así como referentes a la prestación de servicios y la narrativa social que permita un mayor y mejor acercamiento a las necesidades de salud, educación y protección integral de las niñas y adolescentes.

Derechos y autonomía: enfoques diferenciados

De manera general y, particularmente para establecer un diálogo en torno a la autonomía progresiva y el reconocimiento de las infancias y adolescencias como personas titulares de derechos, es indispensable la separación conceptual y enunciativa entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos, aun cuando en diversos documentos que serán referidos a lo largo del capítulo se utilice el término conjunto “derechos sexuales y reproductivos”. Esta distinción se encuentra fundada en las siguientes líneas argumentales:

- a) Argumento biopsicosocial: resalta la necesidad de estudiar la sexualidad como una serie de procesos que tienen lugar durante todo el ciclo vital de las personas, mientras que la función reproductiva corresponde a una etapa más acotada y con características específicas;
- b) Argumento demográfico-epidemiológico: en el enfoque actual, el abordaje de la sexualidad y la reproducción no solamente responde a un criterio poblacional y de desarrollo humano, sino a la garantía de derechos fundamentales de todas las personas;
- c) Argumento ético-político: responde al posicionamiento de los feminismos respecto de la separación de la sexualidad y la reproducción,

resaltando la importancia de atender al desarrollo, el bienestar y la salud sexual sin fines reproductivos, siendo esta una perspectiva básica para el abordaje de las infancias y adolescencias.

Partiendo de esta distinción, definiremos los derechos sexuales como derechos humanos que buscan proteger el nivel más alto de salud posible en el ejercicio de una sexualidad autónoma, libre de coerción, discriminación y violencia. Para lo cual, contemplan la educación sexual, el respeto a la integridad física y psicosocial, la libre elección de la pareja, las relaciones sexuales consensuadas, la orientación sexual y la identidad de género, conduciendo a un desarrollo psicosexual sano y a una vida sexual satisfactoria y placentera. Por otra parte, los derechos reproductivos son también derechos humanos que reconocen la autodeterminación reproductiva de todas las personas, incluyendo la decisión libre sobre tener o no descendencia, el espaciamiento de los nacimientos y disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a decidir sin sufrir discriminación, coacción o violencia (3).

La autonomía es un concepto filosófico y de la psicología evolutiva que hace referencia a la posibilidad de elección de las personas. Como principio bioético, alude a la facultad de decidir, sin coerción o coacción, sobre los propios intereses y se vincula al principio normativo en que los sujetos, mediante una decisión o elección libre, establecen una norma que consideran vinculante. Es decir, de acuerdo con el principio de autonomía, las normas no están determinadas por estándares dados, sino que dependen de los juicios y argumentos normativos individuales o colectivos, por lo que resulta un elemento crucial que habilita la diversidad, los derechos y la dignidad humana (4). La autonomía conlleva una evolución facultativa que se hace más evidente cuando se debate en torno a la personalidad jurídica de las niñas, niños y adolescentes, en donde las personas adultas y las instituciones tienen un rol necesario para orientar, respetar y contribuir a garantizar sus derechos, independientemente del conocimiento o la comprensión que la persona adolescente tenga de ellos. En cierta medida, la emergencia del carácter progresivo de la autonomía se vincula con la necesidad de reconocer la personalidad jurídica y de agencia de las personas que, por su edad, no tienen el estatuto de ciudadanía legal vinculado a la toma de decisiones en

los asuntos que les atañen. De modo que la autonomía progresiva puede definirse como:

El criterio a partir del cual se reconoce a las niñas, los niños y las y los adolescentes como sujetos de derecho independientemente de su edad. Se basa en el interés superior de la niñez y adolescencia, bajo el principio de la no discriminación. Reconoce la capacidad gradual y progresiva para la toma de decisiones y se vincula con el derecho al desarrollo y a la participación de estos grupos de edad en la toma de las decisiones que les afectan, estableciendo un piso mínimo de derechos que el Estado debe garantizar. El pleno reconocimiento de la autonomía progresiva implica la reconstrucción social, jurídica y normas para que los NNA tengan representación por encima de la protección y control de los tutores, madres y/o padres o el Estado. (5)

Esta breve clarificación de los enfoques sobre los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la autonomía responde a la necesidad de precisar los elementos clave que habiliten el reconocimiento de las personas adolescentes en este marco de derecho para profundizar en las necesidades y los mecanismos diferenciales que se requieren para su ejercicio y garantía. Para ello, también señalaremos algunos rasgos que definen a esta etapa del ciclo vital.

Los instrumentos legales reconocen como niños niñas y adolescentes a las personas menores de 18 años, sin embargo, las ciencias de la salud establecen la adolescencia entre los 10 y 19 años, pudiendo prolongarse. El inicio de la adolescencia está condicionado por procesos biológicos que marcan el tránsito de la infancia a la adolescencia, pasando por la pubertad, pero su terminación no ocurre del mismo modo, sino que sus características dependen del contexto. En este sentido, la adolescencia es una construcción sociocultural y situada que se vincula con la manera en que las sociedades establecen su organización y jerarquía. Más que una edad biológica, depende de ciertos rasgos, valores y roles que se la atribuyen a cada etapa del ciclo vital, los cuales se redefinen y reconfiguran constantemente (6) en función de los valores imperantes en una dimensión espacial, temporal, social, económica y política determinada. De manera que el criterio de edad para el establecimiento de la ciudadanía resulta insuficiente en la actualidad, en

un contexto de vulneraciones sistemáticas de los derechos de las infancias y adolescencias y de nuevas necesidades de inclusión y participación.

Bases para el reconocimiento jurídico de los DSyDR de las niñas y adolescentes

Desde la reforma de 2011, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Artículo 1° reconoce a la par los derechos humanos establecidos los tratados internacionales que México suscribe (7), dando lugar a una mayor visibilización e impacto de diversas declaraciones que han reconocido progresivamente los derechos de las infancias y adolescencias, así como la necesidad de estrategias diferenciales para su cuidado y atención en lo que respecta a la salud sexual, la salud reproductiva, la prevención y atención de la violencia y la igualdad de género. Al respecto, destacan las siguientes:

- a) Convención de los Derechos de la Niñez (1989)
- b) Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra La Mujer (CEDAW)
- c) Observación General No. 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- d) Observación General No. 15 del Comité de los Derechos del Niño.
- e) Recomendación Conjunta no. 31 del Comité sobre la Eliminación de la discriminación contra la mujer y no.18 del Comité de Derechos del Niño sobre prácticas nocivas (2014).

En el Artículo 4° se enuncia el interés superior de la niñez, que constituye un principio derivado de la Convención sobre los Derechos de la Niñez, cuya aplicación busca el respeto y la protección de la dignidad e integridad física y psicoemocional de niñas, niños y adolescentes. A partir de esta misma reforma, este principio daría lugar al desarrollo de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA), publicada en 2014, en la cual se reconocen diversos principios rectores para el sustento y la aplicación de esta ley, entre los cuales se enlistan la autonomía progresiva, la inclusión, el interés superior de la niñez, la evolución facultativa, la participación, la no discriminación, entre otros (8).

En lo que respecta a la aplicación de estos principios rectores en el ámbito de la salud, la Ley General de Salud (LGS) reformó el Artículo 51 Bis 2 en el 2022 estableciendo que, para la atención de este grupo de edad, los prestadores de servicios de atención a la salud deberán “implementar los apoyos y ajustes razonables, adecuados a su edad para que su voluntad y preferencias sean tomadas en cuenta en la determinación del tipo de intervenciones encaminadas a garantizar su recuperación y bienestar” (9). Dentro de este marco general, también se reconoce el abordaje diferencial y enfático para atender a las infancias y adolescencias en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y en la Ley General de Víctimas, dadas las condiciones específicas de vulnerabilidad que enfrentan.

En concordancia con estas dos leyes, la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, estableció, en su actualización de 2016, la obligatoriedad de la prestación de servicios públicos de interrupción voluntaria del embarazo en caso de violación, estableciendo los 12 años como edad mínima para solicitar esta atención (10). Por otra parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015 para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, incluye, en el apéndice C normativo, el formato para recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva en este grupo etario sin acompañamiento (11), lo que representa un avance mínimo en materia de autonomía progresiva, el cual tendría que extenderse a la atención integral de la salud sexual y reproductiva como servicio esencial y diferenciado para niños, niñas y adolescentes.

En el ámbito de la política pública, el Estado mexicano cuenta con diversos instrumentos vigentes para atender a las necesidades y los intereses en materia de derechos sexuales y reproductivos de este sector de la población, quedando explícitos en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA), el Programa Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (PRONAPINNA) y el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD). También destacan estrategias y modelos de atención como la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), vigente desde 2015, la Ruta para la atención y protección integral de niñas y adolescentes madres y/o embarazadas menores de 15 años (Ruta NAME), el Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA) y la Cartilla de Derechos Sexuales de adolescentes

y jóvenes. Todas estas cuentan con reconocimiento oficial y han resultado de procesos participativos intersectoriales con una fuerte incidencia de la sociedad civil organizada.

Aun con este marco jurídico y normativo aparentemente robusto, el panorama epidemiológico, sociodemográfico y los indicadores de bienestar y desarrollo, evidencian relevantes áreas de oportunidad y necesidades de fortalecimiento en su implementación, así como en la interacción de las instituciones y personas servidoras públicas con este grupo de edad y en las narrativas sociales imperantes respecto a los roles y el posicionamiento de las infancias y las adolescencias en la sociedad. Para profundizar en este panorama, abordaremos situaciones y casos específicos, acompañados de testimonios de mujeres adolescentes que permitirán identificar con mayor precisión la agenda pendiente en la problemática que nos ocupa.

Casos y contradicciones: reflexionar desde la bioética

Para una reflexión sistemática acerca de las complejas interacciones entre el conocimiento, el desarrollo tecnológico, la salud y la vida, tendientes a mejorar el bienestar de los seres humanos, de otros seres vivos y de su entorno, así como las relaciones sociales y humano-ambientales, la bioética propone ciertas metodologías para la argumentación que se han clasificado en deductivas e inductivas. El método deductivo está dado por el principialismo, basado en la ponderación no jerarquizada y la aplicación de los principios acuñados y descritos por Beauchamp y Childress desde 1979, la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia (12). Por otra parte, el método inductivo habilita el diálogo y el discernimiento a partir de los escenarios reales o cotidianos para lo cual propone como estrategias la casuística, el narrativismo, el pragmatismo y la crítica feminista (13).

Al respecto de la autonomía progresiva en el proceso de garantía de los derechos sexuales y reproductivos, la ética principialista provee importantes elementos, como el mismo principio de autonomía, el cual ha sido puesto a prueba en el debate en torno a las infancias y adolescencias como sujetos de este marco de derechos y de su capacidad para ejercerlos en función de sus intereses, es decir, en lo que respecta a su salud y su bienestar. Por ello, los

métodos inductivos resultan una perspectiva fundamental para identificar las problemáticas, las determinantes socioculturales y las posibles vías de resolución que la bioética, el derecho y las ciencias sociales pueden aportar.

En este sentido, propongo explorar cuatro fenómenos o situaciones que dan cuenta de las brechas que enfrentan las adolescentes para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos: 1) las uniones tempranas y forzadas; 2) las barreras en el acceso a servicios de salud sexual; 3) el abordaje de la violencia sexual y el embarazo en adolescentes menores de 15 años; y 4) la falta de políticas y programas transversales en educación integral en sexualidad. Cada una de estas problemáticas se desarrollarán en función de su magnitud e impacto, las omisiones al marco jurídico y de derechos que representan, y se ejemplificarán mediante casos y narrativas que provienen de mi investigación doctoral realizada entre 2017 y 2019, inscrita en el campo de las ciencias sociomédicas con un enfoque de antropología en salud (14).

1. El matrimonio en personas menores de 18 años se prohibió en las leyes mexicanas, pero carecemos de mecanismos de prevención, atención y protección de las adolescentes unidas.

Hasta mediados de 2019, en México se permitía el matrimonio a partir de los 16 años para los hombres y de los 14 años para las mujeres y existía la posibilidad de que las autoridades locales o familiares directos concedieran dispensas o consentimiento para contraer matrimonio antes de la mayoría de edad. En junio de 2019 se consolidan una serie de reformas al Artículo 148 del Código Civil Federal, estableciendo los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio y deroga las dispensas y excepciones (15), detallando las condiciones en la LGDNNA.

Estas reformas representaron una reducción importante de las uniones tempranas, pues, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018), 20.7% de las mujeres de 20 a 24 años, en unión conyugal o alguna vez unidas, tuvieron su primera unión antes de cumplir los 18 años y 3.6% antes de cumplir 15 años. Posterior a las reformas, el Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2020) registró 224 454 adolescentes de 12 a 17 años en una situación conyugal de unión (casadas o en unión libre) y 21 167 con antecedente de unión. A pesar de las modificaciones en el marco

jurídico federal, cuatro de cada 100 adolescentes en el país está o ha estado en unión conyugal (16), siendo tres veces más frecuente esta situación en mujeres que en hombres. Dichas uniones se asocian al abandono escolar, la pobreza, la marginación y múltiples formas de violencia.

Como ejemplo, recurriremos al caso de Diana¹, una adolescente de 13 años que recibía servicios de atención prenatal en un hospital público de la Ciudad de México. A cada consulta acudía solamente acompañada por su pareja de 23 años, con quien vivía en unión libre. En su historia clínica se identifican antecedentes de violencia intrafamiliar ejercida por parte de su padrastro, quien era alcohólico y violentaba físicamente a su madre, a Diana y a sus hermanos menores, por lo que ella abandona la escuela primaria y se muda a vivir con el hombre a quien llama “su esposo”. A falta de otra persona adulta, él había firmado como familiar responsable para que fuera atendida. Tuvo un seguimiento estrecho y el personal de salud preguntaba frecuentemente por sus hábitos de alimentación: “¿Desayunaste? (ella niega con la cabeza). ¿Cenaste? (niega, nuevamente) “¿Ah no! Ya me acordé, sí cené un bistec”. Era evidente que ella mentía, y que no sólo tenía una mala nutrición, sino un acceso limitado a alimentos, por lo que el médico le pide que llame a su acompañante: “*Diana ha tenido el azúcar alta, lo cual no significa que debe dejar de comer, sino que tiene que comer bien, ¿tú puedes encargarte de ella y de que coma suficiente?*”. Él asiente y responde que sí, pero parece bajar más la cabeza con vergüenza.

Como podemos observar, las uniones tempranas forman parte de un *continuum* de violencia y precarización en el que se encuentran inmersas las niñas y adolescentes, dando lugar a una suma de riesgos y a crecientes condiciones de vulnerabilidad que impactan en todos los ámbitos de su vida; la salud, la sexualidad y el inicio temprano de su trayectoria reproductiva. Además, las estadísticas sostienen que, como en este caso, las uniones tempranas consisten en relaciones asimétricas con personas mayores de edad, quienes pueden llegar a fungir como un sostén económico y social. Sin embargo, la prohibición del matrimonio también anuló la posibilidad de que las mujeres unidas accedan a derechos o esquemas de protección social, económica y de salud, al carecer del instrumento legal. De modo que, además de no conducir a la evitabilidad del fenómeno, se convirtió en un

¹ Se emplean los pseudónimos con los que se salvaguardó la confidencialidad y anonimato de las participantes y colaboradoras durante la investigación.

eslabón adicional que incrementa la desigualdad de las adolescentes en estas situaciones extremas de vulneración sistemática de sus derechos.

2. Las adolescentes acceden a atención prenatal sin acompañamiento, pero encuentran barreras para acceder a servicios de salud sexual, como la aplicación de métodos anticonceptivos o un aborto seguro.

Como señala el apartado anterior, el formato de asentimiento incluido en la NOM-047-SSA2-2015 indica la posibilidad de recibir consejería en salud sexual y reproductiva sin la autorización de familiares o personas tutoras. No obstante, la demanda de atención por parte de adolescentes es una realidad cotidiana en los servicios de salud. En este contexto, algunas atenciones son otorgadas en los denominados Servicios Amigables para Adolescentes, que se encuentran en poco más de 3 000 centros de salud u hospitales de la Secretaría de Salud en las entidades federativas. Dichos centros se enfocan en dar consejería y la dotación de métodos anticonceptivos, de prevención y de detección de infecciones de transmisión sexual, atención psicológica y orientación en salud sexual (17).

Por otra parte, existen solicitudes de atención a las que las adolescentes acceden aun sin la firma del consentimiento por parte de una persona mayor de edad en virtud del principio de beneficencia y considerando los riesgos que puede representar la demora o negación del servicio, por ejemplo, en el caso de la atención del embarazo, parto o de una emergencia obstétrica. Sin embargo, existen otros motivos de demanda de servicios en donde encuentran múltiples barreras, como en la atención del aborto seguro o en casos de violación sexual, en donde la interrupción se considera una urgencia por ser tiempo-dependiente, o bien, al solicitar la colocación de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración como el dispositivo intrauterino o el implante subdérmico fuera de los servicios diferenciados antes descritos.

Para dar cuenta de esta problemática, resulta de interés el caso de Ilse, quien es originaria de Chilapa, Guerrero. Ella estaba estudiando segundo año de secundaria y tenía un año de noviazgo con un joven cuatro años mayor, que considera como su primera pareja formal y fue su primera pareja sexual. Cuando Ilse cumplió 15 años, hablaron de “casarse”: *“Lo pensamos, pero*

nos arrepentimos, mejor seguimos de novios y luego un día nos fuimos nada más así, a Zihuatanejo para trabajar allá, pero no nos acomodamos, entonces fue que los familiares de mi esposo le dijeron que le ayudaban a encontrar trabajo acá en (Ciudad de) México”. Ya independizados, habían hablado de tener hijos, pero no pensaban que fuera tan pronto, utilizaban preservativos como método y, unas cuantas semanas después, Ilse notó el retraso de su periodo que le anunciaba el embarazo. Después del nacimiento de su hija, Ilse tardó cinco meses en lograr una consulta en el servicio de anticoncepción y planificación familiar, y recordaba que, cuando había acudido antes del embarazo, le habían sugerido solamente el uso de preservativos, pues, en ese momento “no contaban con alternativas adecuadas para su edad”.

Esta narrativa nos permite deducir que cuando Ilse acudió al hospital para atención prenatal, una vez que había confirmado el embarazo, no contaba con familiares directos cercanos que pudieran firmar el consentimiento, sin embargo, recibió la atención necesaria y cuando hubo que realizar los trámites para el ingreso a la sala de labor, se autorizó la firma del progenitor como familiar responsable, pues contaba con la mayoría de edad. También es evidente la secuencia de oportunidades perdidas en la prevención y las omisiones al marco de derechos y de salud sexual y reproductiva que pudieron haberse subsanado mediante una atención adecuada que responda no solamente a la edad, sino a las necesidades diferenciales de las adolescentes de acuerdo con su trayectoria de vida.

Indiscutiblemente, este ejemplo no se trata de un caso aislado. De acuerdo con datos abiertos de la Secretaría de Salud, al cierre de 2023 se registraron un total de 1 519 738 nacimientos en el país, de los cuales 227 644 corresponden a adolescentes de 15 a 19 años y 8 429 en el grupo de edad de 10 a 14 que, en conjunto, equivalen al 15% del total (18). Aunque se han desarrollado intervenciones específicas, como la ENAPEA o la Ruta NAME, las cifras han presentado una mínima disminución para el grupo de 15 a 19 años, mientras que la proporción de los nacimientos de adolescentes menores de 15 años se ha mantenido prácticamente sin modificaciones en el último quinquenio. La mayoría de los embarazos en este grupo de edad no son intencionales, ya que se asocian a la falta de información adecuada, la asimetría en las relaciones de noviazgo o de pares, la falta de empoderamiento de niñas y adolescentes en el ejercicio de la sexualidad, prácticas coercitivas, abuso o violencia sexual.

En síntesis, merece la pena enfatizar que los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, niños y adolescentes no se limitan a la provisión de información o de consejería, sino que implican la prevención primaria, secundaria y terciaria, así como la atención integral que incluye detección, diagnóstico, tratamiento y, en su caso, rehabilitación. Para ello, es fundamental el reconocimiento explícito de las infancias y adolescencias como personas usuarias de los servicios, con necesidades diversas de acuerdo con su condición de salud y determinantes sociales, con sus experiencias y trayectorias de vida, así como de su contexto familiar y sociocultural.

3. Los embarazos en adolescentes de 10 a 14 años (o incluso en niñas de ocho o nueve años) son formas de violencia sexual, frecuentemente asociados a otras formas de violencia intrafamiliar y de género.

Esta situación requiere una revisión particular dada su asociación con múltiples determinantes sociales y estructurales, por lo que se necesitan estrategias diferenciales y una imperante participación intersectorial. Actualmente, existe un mayor consenso de la asociación entre el embarazo en este grupo de edad y la violencia sexual, pues no suele tratarse de un acto deliberado sino que es consecuencia de relaciones de poder asimétricas, del menoscabo de sus facultades para decidir, de la marginación y la pobreza, así como de prácticas nocivas como las uniones a temprana edad (19).

Aun cuando guarda relación con los casos anteriores, precisaremos algunas singularidades a través del siguiente caso: Alicia, de 12 años, llegó por primera vez a la consulta de atención prenatal con 10 semanas de embarazo, acompañada por su madre. A pesar de su edad y de la edad gestacional, no se indagó en las condiciones que condujeron al embarazo, en la detección de violencia o violación sexual, así como en la alternativa de un aborto seguro, el cual es legal en la Ciudad de México. En la siguiente consulta, a las 17 semanas de gestación, se diagnostica una infección de transmisión sexual, por lo que recibió tratamiento y fue referida a los servicios auxiliares de psicología y trabajo social para explorar antecedentes de violación o abuso, pero no se obtuvo información adicional. En adelante, su proceso de atención se enfocó en el riesgo obstétrico que conllevaba el embarazo, el cual concluyó a las 35 semanas con una cesárea de emergencia debido a

preeclampsia. Fuera del alcance de los servicios de salud, la mamá de Alicia se hacía cargo del cuidado de su hija y de otros dos hijos adolescentes, uno que padecía una cardiopatía congénita, así como del cuidado y sostén del recién nacido: *“por más que le digo a Alicia que tiene que hacerse cargo, ella no sabe o no quiere, no le da de comer, no lo vigila, lo deja ahí y se va de la casa”*.

En este caso, la omisión de intervenciones, como la derivación a servicios especializados para la atención de la violencia y el acceso a un aborto seguro, pudo haber contribuido a mitigar los riesgos y las afectaciones a la salud física, mental y social que se presentaron tras el primer contacto con los servicios de salud. Se ha documentado ampliamente el impacto desproporcionado de un embarazo forzado en la salud, la integridad personal y la vida privada, así como sus repercusiones en la salud mental, ocasionando aislamiento social, riesgo de lesión o suicidio. Debido a esto, la CEDAW señala su equivalencia a tortura o trato cruel, inhumano y degradante (20).

En correspondencia, algunos instrumentos de la política de salud vigente, como el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México, instan a considerar el embarazo en personas menores de 15 años como de alto riesgo, que requiere de la detección de violencia y/o abuso sexual, además de otorgar la atención conforme a la NOM-046-SSA2-2005. Asimismo, se reconoce que, ante las barreras de acceso a servicios públicos, el embarazo en la adolescencia se asocia a una alta prevalencia de aborto inseguro, por lo que resulta obligatorio brindar el servicio de aborto seguro a las niñas y adolescentes que lo soliciten o requieran, sustentados en el interés superior de la infancia y la adolescencia, el principio de buena fe y la autonomía progresiva, así como el reconocimiento de sus capacidades evolutivas (3).

Esta narrativa ejemplifica diversas violencias generadas por la violación sistemática de derechos y la falta de mecanismos institucionales para su protección, más allá del ámbito de la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, el derecho a la integridad, a la salud, a la información, a la autonomía y al acceso a la justicia. Además, se tornan evidentes los procesos de invisibilización, silenciamiento y censura cultural (21) que operan tanto en la comunidad como en las instituciones, contribuyendo a mantener la distribución desigual del poder y la exclusión social.

4. La falta de implementación de políticas y programas de educación integral en sexualidad se asocia con una demanda tardía de servicios de salud y de protección integral, y con una menor posibilidad de toma de decisiones en la adolescencia.

En México, la nueva Ley General de Educación (LGE), publicada en 2019, incluye la educación sexual integral y reproductiva en los planes y programas de estudio de la educación que imparten el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares, con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios (22). Sin embargo, el monitoreo realizado por organizaciones de sociedad civil muestra que el porcentaje de escuelas en las que se imparte EIS oscila entre el 40 y el 69% de nivel secundaria y señalan la falta de indicadores para el monitoreo y la evaluación de estos contenidos, así como de su inclusión transversal en los programas educativos de educación básica (23).

De acuerdo con la organización de Naciones Unidas, la educación integral en sexualidad (EIS) se define como un proceso de enseñanza-aprendizaje que involucra los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad, cuyo objetivo es preparar progresivamente a los niños, niñas y adolescentes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas, identificar cómo sus decisiones afectan su bienestar y el de los demás, así como conocer sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos, en aras de su salud, su bienestar y su dignidad (24). Así, constituye una intervención fundamental para promover los derechos y prevenir la violencia, en tanto que (25):

- a) favorece la comunicación, el diálogo y los vínculos libres de violencia;
- b) contribuye a transformar normas de género;
- c) fortalece las competencias para la detección de la violencia;
- d) facilita la implementación de rutas de atención y protección;
- e) permite avanzar en la igualdad de género; y
- f) mejora la salud sexual y reproductiva a lo largo del ciclo vital.

Ejemplificaremos las posibilidades de impacto positivo de la educación integral en sexualidad a partir del caso de Adriana, una adolescente de 14

años que llega a un hospital materno-infantil referida por una clínica especializada en atención de violencia sexual, señalando que “*no era candidata a ILE por semanas de gestación*”. En la consulta prenatal comenta que ella no intervino en la denuncia de violencia ni tenía la intención de interrumpir el embarazo, sino que había ocurrido bajo la tutela de su madre. Adriana había mantenido un noviazgo con un hombre de 25 años, sobre el cual nunca comentó nada con su familia ni con sus pares, pues se veían poco y sólo cuando lograba salir con algún pretexto una vez que terminaba las labores de la escuela y del hogar. Desde su perspectiva, el embarazo había sido un “descuido” y ella estaba dispuesta a aceptar las consecuencias, aunque buscaba contar con el apoyo familiar para poder seguir estudiando hasta terminar una carrera, pues siempre había sido una alumna responsable y con buenas calificaciones. Incluso asistió a la escuela secundaria hasta que le dijeron que “*era preferible que fuera una vez a la semana por las tareas para evitar cualquier problema con el embarazo, que ya era notorio*”.

La realidad de la mayoría de las adolescentes en México se caracteriza por la falta de información adecuada sobre su salud y derechos sexuales y reproductivos, en donde la maternidad sigue siendo asociada con un mayor estatus o protección social dentro del núcleo familiar y comunitario, mientras que el ejercicio de la sexualidad es estigmatizado, desvinculando toda noción de placer, autodescubrimiento y relaciones afectivas entre las y los adolescentes. En este caso, Adriana contaba con una red familiar y un entorno escolar, pero ninguno de los dos ámbitos pudo proveerle herramientas para tomar decisiones sobre sus vínculos, las implicaciones de la asimetría de edad, el ocultamiento de la relación, el inicio de la vida sexual, la prevención de un embarazo no intencional, la violencia sexual y de género, e incluso la violencia institucional y discriminación que enfrentó en la escuela, en el sistema judicial y en el sistema de salud.

Por ello, la EIS es una de las estrategias institucionales tendientes a mitigar el impacto de las violencias estructurales en el corto y mediano plazo, así como favorecer una narrativa de inclusión y participación de las infancias y adolescencias en su desarrollo psicosexual y en las decisiones en torno a su salud y bienestar. Así, ésta estrategia puede conducir a un cambio social de fondo en temas estrechamente relacionados como la igualdad de género, la salud sexual y reproductiva, la prevención de la violencia y el ejercicio de los derechos humanos.

Consideraciones finales: la agenda pendiente en México

La casuística resalta el valor del estudio de los fenómenos singulares para identificar rasgos, argumentos, analogías y circunstancias que nos permitan una mayor comprensión de los paradigmas imperantes y un acercamiento empírico a los problemas sociales. Al respecto de las situaciones expuestas, merece la pena reflexionar sobre su complejidad e interrelación, enfatizando cuán amplio puede ser el estudio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes. También dan cuenta de que el principio de autonomía progresiva se extiende a otras necesidades de salud y de diferentes ámbitos involucrados en la garantía de los derechos humanos, como son los sistemas de educación, de justicia, de cuidados y de protección integral.

Uno de los planteamientos a considerar como meta en materia de autonomía progresiva y derechos sexuales y reproductivos de las infancias y las adolescencias se encuentra señalada en el artículo 24 de la Observación general número 15, sobre el derecho de la niñez al disfrute del más alto nivel posible de salud que data de 2013:

De conformidad con la evolución de sus capacidades, los niños (y niñas) deben tener acceso a terapia y asesoramiento confidenciales, sin necesidad del consentimiento de sus padres o su custodio legal cuando los profesionales que examinen el caso determinen que ello redunde en el interés superior del niño. [...] Los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicas sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad. (26)

Podemos concluir que las mayores barreras se encuentran en la implementación transversal de los marcos jurídicos, normativos y de política pública –y no tanto en la ausencia de estos–, así como en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios. Para ello, se requiere de la actualización y armonización de los instrumentos jurídicos pertinentes, como son la LGDNNA, la LGS y la LGE, cuya aplicación se acompañe de

procedimientos y protocolos específicos en lo que respecta a los procesos de consentimiento informado con niñas, niños y adolescentes para acceder a servicios de información, consejería y atención integral, privilegiando sus intereses y necesidades para garantizar o restituir sus derechos.

Estos planteamientos conceptuales deben corresponderse con las adecuaciones, la mejora continua y la incorporación de ajustes razonables en la provisión de servicios, por ejemplo, el establecimiento de horarios de servicio pertinentes, la instauración de mecanismos participativos en el diagnóstico, el monitoreo y la evaluación de las políticas y servicios, impulsar acciones territoriales (dentro y fuera de las instituciones), favorecer la capacitación de las personas funcionarias en las instituciones de las y los profesionales de los diferentes sectores.

Por último, es indispensable que estos cambios sean reforzados por narrativas sociales que abandonen la estigmatización y exclusión de las y los adolescents, que estén menos vinculadas al adultocentrismo, dando lugar al liderazgo de las personas jóvenes. Asimismo, es fundamental el reconocimiento pleno de la autonomía basada en la capacidad progresiva y gradual en que se desarrollan las aptitudes cognitivas, volitivas y afectivas que permiten a las personas conocer, valorar y gestionar la información sobre una determinada situación (27), asociadas con su contexto y la singularidad de sus experiencias. En este escenario, destaca el rol de acompañamiento y sostén que corresponde a la red social y a las instituciones como garantes de los derechos y no como un obstáculo más en el desarrollo de sus capacidades y libre personalidad, pudiendo alcanzar el más alto nivel de salud posible y de ejercicio de sus derechos.

Referencias

1. Dueck C, Inda G. La teoría de la estratificación social de Weber: un análisis crítico. *Revista Austral de Ciencias Sociales*. 2006;11:5-24.
2. Colen S. Like a mother to them: Stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York. En: Ginsburg F, Rapp R, editors. *Conceiving the new world order: global politics of reproduction*. EUA: University of California Press; 1995. pp. 75-102.

3. Secretaría de Salud. *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2022.
4. Sieckmann JR. El concepto de autonomía. *Doxa, Cuadernos de Filosofía del Derecho*. 2008;31:465-484.
5. Berdichevsky K. *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*. México: Senado de la República LXV Legislatura; 2024.
6. Téllez Infante A. El análisis de la adolescencia desde la antropología y la perspectiva de género. *Interacções*. 2013; 25:52-73.
7. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*; 2024.
8. Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. *Diario Oficial de la Federación*; 2024.
9. Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*; 2024.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. México: *Diario Oficial de la Federación*; 2016.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015. Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad. México: *Diario Oficial de la Federación*; 2015.
12. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York: Oxford University Press; 1979/2012.
13. Hincapié J, Medina-Arellano MJ. *Bioética: teorías y principios. Enseñanza transversal en bioética y bioderecho: cuadernos digitales de casos*. México: UNAM / Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2019.
14. Vargas Escamilla B. *Ahora, ya no se trata de ti. Cuidado y atención del proceso reproductivo en la adolescencia. Una etnografía hospitalaria*. Tesis de Doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2022.
15. Secretaría de Gobernación. Boletín No. 133/2019: Entran en vigor las reformas al Código Civil Federal que prohíben el matrimonio infantil y adolescente; 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/segob/prensa/entran-en-vigor-las-reformas-al-codigo-civil-federal-que-prohiben-el-matrimonio-infantil-y-adolescente>
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Comunicado de prensa 186/22: Estadísticas a propósito del día internacional de la niña; 2022. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/eap_DiaNina22.pdf
17. Secretaría de Salud. *Servicios Amigables para Adolescentes*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2024. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegrs/articulos/servicios-amigables>
18. Secretaría de Salud. *Sistema de Información de la Secretaría de Salud: Nacimientos. Datos Abiertos*. México: Dirección General de Información en Salud; 2024. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/dgis/>
19. Ipas. *Violencia sexual y embarazo infantil en México*. México: Ipas; 2018.
20. Organización de Estados Americanos. *Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará*. Washington, D.C.: OAS; 2016.

21. Sheriff R. Exposing Silence as Cultural Censorship: A Brazilian Case. *American Anthropologist*. 2000;102(1):114-132.
22. Ley General de Educación. *Diario Oficial de la Federación*; 2024.
23. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir. *EIS en México. Alternativas para su avance*. México: ILSB; 2022.
24. ONU-Mujeres, UNICEF. *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia*; 2018.
25. UNFPA-LACRO, FLACSO. *La educación integral de la sexualidad: un camino para promover los derechos, la salud y la prevención de la violencia basada en género en América Latina y el Caribe*; 2022.
26. Organización de las Naciones Unidas. *Observación general N° 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Comité de Derechos del Niño; 2013.
27. Cancino ME, Gascón A, Góngora JJ, Medina MJ. *Consentimiento informado. Enseñanza transversal en bioética y bioderecho*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM; 2019.