

**El derecho a la salud sexual y reproductiva:
su accesibilidad desde la interpretación internacional**

*The right to sexual and reproductive health:
its accessibility from the international interpretation*

Miguel Ángel Alonso de los Santos

 <https://orcid.org/0000-0001-7717-7144>

Universidad Autónoma de Nuevo León. México
Correo electrónico: miguel.alonso.delossantos@gmail.com

María Elena Ramos Tovar

 <https://orcid.org/0000-0003-4969-2207>

Universidad Autónoma de Nuevo León. México
Correo electrónico: maria.ramostv@uanl.edu.mx

Recepción: 13 de junio de 2023

Aceptación: 20 de agosto de 2023

Publicación: 25 de junio de 2024

DOI: <https://doi.org/10.22201/ijj.24484881e.2024.51.18161>

RESUMEN: El derecho a la salud sexual y reproductiva (DSSR) se encuentra en constante construcción. La Organización de las Naciones Unidas a través de sus instrumentos de derechos humanos, sus organismos y sus funcionarios relatores han dado origen a una serie de interpretaciones relevantes para su entendimiento. En las próximas líneas se encontrará un recorrido evolutivo del DSSR, un breve panorama de los derechos que lo componen tomando como base la interpretación de los instrumentos internacionales de derechos humanos, hasta llegar a los criterios de su accesibilidad. Al paso se podrá apreciar la interdependencia que se presenta entre este grupo de facultades y otros tantos más. De igual forma las obligaciones que tienen los Estados a partir de los estándares previstos en los elementos esenciales construido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Palabras clave: derecho a la salud sexual y reproductiva, accesibilidad a la salud, elementos esenciales.

ABSTRACT: The right to sexual and reproductive health (DSSR) is under constant construction. The United Nations Organization through its human rights instruments, its agencies and its rapporteur officials have given rise to a series of relevant interpretations for its understanding. In the next few lines, you will find an evolutionary journey of the DSSR, a brief panorama of the (sub)rights that compose it based on the interpretation of international human rights instruments, until reaching the criteria of its accessibility. In passing you will be able to appreciate the interdependence that occurs between this group of faculties and many others. In the same way, the obligations that States have based on the standards established in the essential elements built by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Keywords: right to sexual and reproductive health, accessibility to health, essential elements.

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *La naturaleza dual de los DSR.* III. *El derecho a la salud sexual y reproductiva.* IV. *Acceso a la salud sexual y reproductiva.* V. *Conclusiones.* VI. *Referencias.*

I. INTRODUCCIÓN

Los derechos sexuales y reproductivos (DSR) han presentado una evolución acelerada en los instrumentos internacionales de derechos humanos y principalmente en la interpretación que llevan a cabo los organismos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y sus funcionarios. Desde la perspectiva de las obligaciones que tienen los Estados son ubicados dentro de la clasificación de los derechos sociales y específicamente en las prerrogativas de salud. Pero, su naturaleza proviene de los derechos civiles y políticos a causa de que tienen una carga libertaria en su disfrute. Esta característica ha permitido que los DSR se conciban de una manera distinta en la línea histórica de los derechos humanos, lo cual trae consigo serios retos para las políticas públicas de los Estados. En los años sesenta, por ejemplo, los instrumentos internacionales concebían la sexualidad y la reproducción a partir de la unidad familiar, y del vínculo de una pareja heterosexual. Actualmente, sería limitado que los Estados garantizaran los DSR desde ese punto de partida. Las luchas por las libertades sexuales abanderadas por distintos movimientos como el feminismo y las comunidades de la diversidad sexual han permitido una conceptualización radicalmente distinta de los DSR desde su primera alusión en un tratado de derechos humanos. Vázquez, Coss y Salinas (2019) puntualizaron que en esa década se gestaron diversas manifestaciones que lucharon en contra de la persecución histórica de diversos grupos, surgen así protestas de personas afroamericanas, defensoras del feminismo y de

la comunidad LGBTI, retroalimentados por los movimientos de estudiantes en México, Argentina y Francia. Fue especialmente emblemático el conflicto surgido en el bar *Stonewall Inn* de Nueva York que visibilizó las desigualdades que sufrían las comunidades de la diversidad sexual, previo a este evento ya se había gestado la asociación de la comunidad LGBTI que ha influido en la reformulación de los derechos humanos a la sexualidad y a la reproducción.¹ Asimismo, ha abonado en la construcción de estos derechos el sistema normativo de la ONU.

En el presente trabajo se analizará esa evolución de los DSR y particularmente su aterrizaje en el derecho a la salud, lo cual permitirá responder a: ¿cuáles son las obligaciones de acceso para la mejor protección del derecho a la salud sexual y reproductiva (DSSR)? El acceso involucra la prohibición de no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad en los servicios o establecimientos de salud y el acceso a la información. En el contexto de esta respuesta se pondrá en perspectiva los componentes de los DSR, los cuales se abordan desde sus ramificaciones más importantes. Por cuestiones de espacio, el objeto de este trabajo no es realizar alguna propuesta o centrarnos en una problemática en particular. En el año 2022, en el marco de una investigación posdoctoral, en la cual se abordaron los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes, desde la perspectiva de las pacientes y de los profesionales de la salud, se generó la idea de realizar un trabajo que pusiera sobre la mesa los principales criterios internacionales sobre este grupo de derechos que tuviera la funcionalidad de servir de base para futuras investigaciones en la materia y que también pudiera funcionar como medio de promoción de los derechos humanos entre los trabajadores de sanidad.²

¹ Durante los años cincuenta surgieron las organizaciones denominadas la “Sociedad Mattachine” y las “Hijas de Bilitis” que agruparon, en Estados Unidos, a personas homosexuales y lesbianas, respectivamente (Vázquez, J., Coss, D., y Salinas, O., 2019). Esta trayectoria asociativa continuó en subsecuentes décadas, pero con mayores alcances cuando se fundó la *Lesbian and Gay Association* (Peña, F., 2018). La lucha constante de estos grupos por el reconocimiento de los derechos a la sexualidad y la reproducción de todas las personas resultó a la postre con la elaboración de los Principios de Yogyakarta, posterior a la Declaración de Montreal.

² A partir de la investigación posdoctoral, Alonso, M., y Ramos, T. (2023) generaron un “Informe especial sobre accesibilidad a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes en tránsito por el noreste de México” que se gestó de manera ejecutiva a los publicables que se producirán.

En un primer apartado, se abordan las primeras referencias desde los derechos civiles-políticos y económicos, sociales y culturales. Posteriormente, se precisarán cuáles son por una parte los derechos sexuales y, por otro lado, los reproductivos. Finalmente, se tendrá un espacio para desarrollar la accesibilidad del DSSR a la luz de las interpretaciones más relevantes de los organismos de la ONU. La metodología que se implementará es de corte cualitativo, bajo un diseño documental. Los documentos seleccionados en el estudio tienen las características de: *a)* haber sido aprobados en la Asamblea General de la ONU,³ *b)* son interpretaciones basadas en relatorías, observaciones generales o recomendaciones de los organismos internacionales⁴ o *c)* establecen un vínculo especial de interdependencia con el DSR, no obstante, sean documentos interpretativos no relacionados a algún tratado internacional de derechos humanos.

II. LA NATURALEZA DUAL DE LOS DSR

El primer instrumento normativo de la ONU fue su carta fundacional,⁵ en 1945, desde luego a causa de su perfil constitutivo, no tuvo las características de ser un catálogo de derechos humanos, por lo que no hace referencia a los DSR. No obstante, hizo mención del “sexo”, vinculándolo a la prohibición de trato diferenciado. Es decir, se reconocía como discriminatoria la distinción de las personas por esa característica. En ese sentido, el docu-

³ La Asamblea General es uno de los órganos más importantes de la ONU en conjunto con el Consejo de Seguridad, El Consejo Económico y Social, el Consejo de Administración Fiduciaria, la Corte Internacional de Justicia y la Secretaría. En su composición, la Asamblea es integrada por todos los Estado parte de la ONU y se pueden atender varios temas en ella, pero especialmente los que procuran la paz y la seguridad internacional (CNU, arts. 7-17).

⁴ La vigilancia en el cumplimiento de los dos Pactos, el de derechos civiles y políticos, y el de Derechos Económicos Sociales y Culturales, está a cargo de sus correspondientes Comités, los cuales tienen la facultad de emitir observaciones generales para apoyar a los Estados en el mejor cumplimiento de sus obligaciones, pueden surgir a partir de una temática, o bien, de la selección de algún artículo de los instrumentos internacionales. En el caso de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW por sus siglas en inglés, también cuenta con un Comité el cual emite recomendaciones generales a partir de la revisión de informes (ONU, 2008).

⁵ La Carta de las Naciones Unidas (CNU) es un tratado multilateral que en conjunto con el Estatuto de la Corte Internacional de Justicia fue adoptada por cuarenta y nueve estados miembros originales.

mento procuraba por el respeto de los derechos y las libertades fundamentales sin discriminación del sexo en los distintos objetivos de la Organización como el fomento de estudios e investigaciones, la administración fiduciaria o la cooperación internacional (CNU, 1945). Esta restricción al trato diferenciado se da a partir de la construcción del derecho a la igualdad que estableció más adelante la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁶ que expresa la necesidad de que todas las personas disfruten de las facultades inherentes a su dignidad humana (DUDH, 1948) (CNDH, 2018). La incipiente relevancia de los DSR, aunque se circunscribían al “sexo”, matizaba sus vínculos como elemento no discriminatorio, en el marco del disfrute de todas las libertades y derechos. A este respecto, el trato igualitario tiene que ver también con el principio de interdependencia, el cual establece que todos los derechos humanos son de igual importancia,teniéndose que cumplir en su totalidad para una mejor garantía (Serrano y Vázquez, 2013).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) es un ejemplo de agrupación de las prerrogativas de manera horizontal, en el documento se podrán encontrar pronunciamientos acerca de los derechos a la vida, salud, trabajo, entre otros. Posteriormente, el sistema universal normativo decidió tratar la sustancia de los derechos, organizándolos en conjuntos por contenido. En un extremo aquéllos referidos a las libertades civiles y políticas, y en el otro las prerrogativas de índole social. El abordaje de las normas, de una perspectiva holística como lo hizo la DUDH a una por materia en el caso de los pactos internacionales,⁷ obedeció al establecimiento de una didáctica para comprender los derechos humanos, lo que facilita su comprensión e instrumentación.

Realizada la precisión, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) se pronunció por la importancia de la familia en sociedad.

⁶ En cuanto a la naturaleza jurídica de la DUDH, Novak (1998) menciona que las declaraciones son pronunciamientos de los Estados sobre determinados principios, pero que no tienen el objeto de ser vinculantes. No obstante, el pronunciamiento que contiene la DUDH, a nuestro juicio, corresponde a un compromiso de aceptación en futuros tratados internacionales y de elaboración de medios de protección de derechos humanos en las legislaciones internas. El propio autor, citado, ha mencionado que la Declaración es “un conjunto de valores universalmente compartidos y aceptados por la comunidad internacional” (Novak, 1998, p. 86).

⁷ Los dos grandes pactos, de derechos civiles y políticos, y de derechos económicos, sociales y culturales, son tratados internacionales multilaterales de derechos humanos, adoptados, en 1966, en el seno de las Naciones Unidas.

Su artículo 23, nos pone en perspectiva de los cambios en las concepciones de los DSR que en época contemporánea se han presentado. En aquel tiempo, 1966, solamente establecía la responsabilidad de los padres sobre los hijos en el marco del matrimonio (PIDCP, artículo 23, párr. 4).⁸

En cuanto al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el artículo 12 hizo alusión al derecho a la salud, estableciendo la protección a la salud materna infantil, es decir, la parte reproductiva de los DSR. Tácitamente se refirió una garantía especial para los niños y adolescentes en sus DSR, puesto que se acierta en prohibir su explotación “social” en empleos “nocivos para su moral y salud” (PIDESC, artículo 10, párr. 3). En el mismo tenor, retoma la importancia de la familia como “elemento natural y fundamental de la sociedad” y establece la responsabilidad en la paternidad y la libre decisión para contraer matrimonio (PIDESC, artículo 10, párr. 1).

Más allá de la relevancia histórica que evidencian ambos pactos, se pudiera hablar de una coincidencia: la libertad de las personas para establecer relaciones que puedan generar la expresión de la sexualidad y las decisiones en torno a la reproducción. En ese entonces sólo se reconocía a la familia como marco de desenvolvimiento de los DSR. Otro elemento, es la parte de la responsabilidad de los padres sobre los hijos y en general de las sociedades sobre la niñez. Esto nos habla de que hay una construcción, en los DSR, de los límites para su ejercicio por parte de las personas. Desde luego, el límite es la responsabilidad para con los indefensos y personas en situación vulnerable.

Por tanto, el incipiente abordamiento de los DSR da pie a una definición aproximada en donde se presumen ciertas libertades garantizadas por las primeras generaciones de normas internacionales, por cuanto, a la manifestación de la sexualidad, la cual tendría que respetarse, no siéndole dable la discriminación a partir del sexo y sus preferencias, y el reconocimiento de la capacidad de los seres humanos de sostener relaciones afectivas para conformar una familia y decidir procrear hijos, bajo la restricción de la responsabilidad. Desde luego, este acercamiento a una definición se elabora a partir de la interpretación de los primeros instrumentos internacionales de los derechos humanos y desde los escasos hallazgos que se encuentran de los DSR al concluir la Segunda Guerra Mundial. No obstante, ha evolu-

⁸ Actualmente, se pueden agrupar en derechos económicos, sociales y culturales, en civiles y políticos, ambientales y colectivos.

cionado esa concepción, especialmente a partir de los órganos interpretativos de derechos de la ONU.

Tlaleng Mofokeng, relatora especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física, establece que los DSR

[...] incluyen el derecho a una vida sexual placentera, satisfactoria y segura, libre de discriminación, coacción y violencia; y la libertad de decidir si reproducirse, cuándo y con qué frecuencia, así como el derecho a tener la información y los medios para tomar esta decisión, además del derecho a la salud sexual y reproductiva. (ONU, 2021, p. 9)

En esta aproximación, se agrega la perspectiva de la dignidad humana a partir de la inclusión del elemento “vida”, el cual predetermina que la sexualidad y la reproducción son parte del ser humano, es decir, es inherente a su condición (ONU, 2010).

La sexualidad y la reproducción se derivan de la dignidad de la persona y de todas las facultades que giran a su alrededor, ya sea, desde el punto de vista natural, histórico y de la positivización de los derechos. Así, las libertades que poseen los seres humanos se traducen en la aptitud de ejercer su sexualidad de manera informada, consensuada, sin discriminación y protegida por el Estado. Por su parte, los derechos reproductivos son la libertad extendida, desde nuestro punto de vista, de la sexualidad que está vinculada a la posibilidad de decisión sobre el número de hijos que se quieren tener, o contrariamente, con la de no tenerlos a través de métodos de planificación familiar. En ese tenor de ideas, Benavides (2016) coincide en establecer el derecho a la sexualidad como una libertad sexual que involucra otras prerrogativas como “la autonomía, la integridad y seguridad sexuales del cuerpo, a la privacidad sexual, al derecho a la libre asociación sexual y a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables y con cuidados” (Benavides, 2016, p. 567). Mientras tanto, a la reproducción, el autor la identifica con procesos como la fecundación, el parto, el aborto, la anticoncepción, entre otros.

En las libertades sexuales y reproductivas existen limitantes, las responsabilidades de las personas frente al derecho. Este aspecto es tocado en el párrafo cuarto, del artículo 23 del PIDCP en el tema del matrimonio y como bien se señaló anteriormente, la sexualidad y la reproducción se entendían en el marco del vínculo relacional de esa unión. La Observación General número 19 del Derecho a la Familia nos clarifica que, en el tema de la respon-

sabilidad, los derechos y las libertades de las personas, no tendrían por qué transgredir los derechos de otras tantas. Incluso especifica que esta fórmula de libertades/derechos-garantía-responsabilidad es idéntica a la que se sigue en la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. En este caso, se retoma el ejemplo del mismo documento, acerca del matrimonio (OG-19). El pacto, en ese entonces, reconocía que no había limitantes de edad para sostener esa unión, bastaba que hubiera consentimiento. Ahora, el Consejo de Derechos Humanos ha recomendado, a los Estados parte, la generación de leyes que prohíban el matrimonio infantil (OG-22). En tal sentido, la responsabilidad de las personas y del Estado, es atender tanto al consentimiento y vigilar que el matrimonio o cualquier otra figura que involucre la sexualidad o la reproducción no se lleve a cabo en el ámbito de la minoría de edad legal. De lo contrario estas libertades estarían afectando los derechos de la niñez y por tanto sería una acción irresponsable. Otro ejemplo adicional, de irresponsabilidad ante los DSR es la utilización de la violencia como herramienta para acceder o interrumpirlos indebidamente.

Hasta aquí se aprecia que los DSR tienen una configuración de los derechos civiles y políticos. Pero, ¿qué ocurre cuando se le añade la prestación de salud como lo mencionó la relatora Mofokeng? En este caso, el derecho a la salud da origen a otra ramificación que se denomina derecho a la salud sexual y reproductiva (DSSR).

III. EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En principio es pertinente que nos remitamos a la conceptualización del derecho a la salud. De acuerdo con el artículo 12 del PIDESC los Estados “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (PIDESC, 1978, párr. 1o.). La Observación General número 14 clarifica en qué consiste esa posición de salud, enunciando que la parte sustancial del derecho a la salud no sólo está enfocado a los servicios que proporciona el Estado, esto es, a la atención de la salud, sino que influyen aspectos socioeconómicos que permiten a las personas llevar una vida más saludable. Adicionalmente, especifica la importancia de la interdependencia con otros derechos (ONU, 2001). A este respecto, se destaca que el párrafo segundo, inciso b), del propio artículo 14, establece conexión con los derechos a condiciones seguras e higiénicas en el trabajo y a

un medio ambiente sano,⁹ es decir, entre sí cualquiera de estos tres derechos no sería posible sin la concreción del resto. Pero, además, los vínculos se encuentran presentes con los derechos a la vivienda, alimentación, agua potable y saneamiento (ONU, 2001).

En tal sentido, el derecho a la salud conlleva a tres elementos desde la perspectiva de la Observación General número 14: *a)* el derecho al desarrollo, *b)* la serie de elementos obligatorios de los Estados para con la población y *c)* la necesidad de que otros derechos humanos sean alcanzables por las personas. Por cuanto al inciso *a)*, un documento interpretativo de sumo interés es la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo. Ahí se menciona que las personas poseen la capacidad de generar desarrollo y disfrutar del mismo, es decir, de involucrarse en aspectos económicos, políticos y culturales de sus países para incrementar el propio bienestar y el de su entorno (DDD, 1986, artículos 1o. y 8o.). Sin embargo, ese proceso no tendría alguna base o punto de partida, si el Estado no se diera a la tarea de establecer condicionantes mínimas de desarrollo como el acceso a la educación, a la salud, a la alimentación o al empleo. Hablando de acceso a la salud, el inciso *b)* nos refiere a la serie de elementos obligatorios de los Estados y, en efecto, el acceso a la salud contiene aspectos que son vinculantes para garantizar que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén al alcance de todos. En lo referente al inciso *c)*, es necesaria la confluencia de la prerrogativa de salud, con el derecho a la vivienda, al medio ambiente, al trabajo seguro, a la alimentación y al agua potable no tan solo porque de ellos depende el mejor estado de salud para las personas, sino también su desarrollo individual y de otros derechos como el acceso a la información y a la seguridad e integridad personales que permiten un acceso más amplio. Por tanto, el derecho a la salud es el conjunto de garantías que permiten disfrutar de un estado de bienestar físico, mental y social, el cual puede mantenerse desde la interpretación del derecho al desarrollo y garantizarse con las medidas de acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud que el Estado prevea, y con el sostenimiento aceptable de otros derechos que le son interdependientes a la salud.

⁹ Otros elementos del mismo párrafo segundo son: la reducción de la mortandad y la procuración por el desarrollo infantil, la prevención y atención de las enfermedades, y el acceso a los servicios de salud para todos (PIDESC, 1978, párr. 2o, incs. a-d).

Ahora bien, por cuanto al derecho a la salud sexual y reproductiva, Verlor Muñoz, relator especial de la ONU sobre el derecho a la educación, ha mencionado que la sexualidad ha permanecido a la sombra de la reproducción, debido a la permanencia del sistema patriarcal (ONU, 2010, p. 4). Coinciden con esta postura Ávalos (2013) y Mendoza (2012), particularmente el segundo, hace una reminiscencia acerca del emparejamiento entre ambos conceptos, establece que desde la prehistoria persiste una invisibilización de la sexualidad, la cual es vista con fines reproductivos y que esto ha trastocado, en la historia, la dignidad de las mujeres, el propio autor enuncia que un factor que prepondera en la difusión de esta perspectiva entre las sociedades son las religiones, es decir, persiste una tradición de homologar la reproducción y la sexualidad. No obstante, Miller y Vance (2004) reconocen que desde el sistema ONU en conjunto con otros actores se lucha por el reconocimiento y reivindicación de las sexualidades. Al respecto, si tomamos como base los conceptos de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo de El Cairo,¹⁰ tenemos que el derecho a la salud reproductiva es la facultad de “disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos” (ICIPDEC, 1995, p. 37) con la plena libertad de decidir o no tener hijos, con el pleno acceso a la información sobre planificación familiar en una posición de igualdad entre hombres y mujeres. Por su parte, el derecho a la salud sexual se puede definir como la libertad de los seres humanos para sostener relaciones afectivas íntimas y satisfactorias, durante el transcurso de la vida e incluye el derecho a prevenir enfermedades sexuales.

¹⁰ La Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo de El Cairo tuvo lugar en 1994, de la cual resultó un Programa de Acción, no vinculatorio para los Estados participantes. Este documento estableció una agenda de igualdad entre hombres y mujeres, particularmente hizo hincapié en las condiciones de las mujeres con menos herramientas de acceso al desarrollo como educación o condiciones salariales; asimismo, se abordaron los derechos sexuales y reproductivos, pero sólo del hombre y la mujer, en el texto no se encuentran referencias a otro género o abordamientos de estas prerrogativas desde otras preferencias sexuales distintas a la heterosexual (ICIPDEC, 1995).

Tabla 1. Derechos relacionados con el derecho a la salud reproductiva

<i>Instrumento de interpretación</i>	<i>Derechos</i>
OG-14 y OG-22	No discriminación
OG-22 y RGCEDAW-35	Vida libre de maltrato y Violencia
OG-14 y OG-22	Planificación y bienestar familiar
OG-22, RGCEDAW-35	Maternidad y paternidad
OG-22	Tratamiento hormonal
Relatoría del derecho a la salud	Reasignación del sexo
OG-14 y OG-22	Acceso a la información reproductiva y no revelación de datos sensibles
OG-14	Trabajo en condiciones seguras e higiénicas
RGCEDAW-35	Reconocimiento a la diversidad de grupo

FUENTE: elaboración propia con información de los documentos de interpretación OG-14 (2000), OG-22 (2016), RGCEDAW-35 (2017), ONU (2021).

En la tabla 1 es posible observar las obligaciones más emblemáticas para los Estados como la prohibición de discriminación. El Comité del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos ha definido a la discriminación como la “distinción, exclusión, restricción o preferencia” (OG-18, 1989, p. 152) a causa de la tez de piel, el origen racial, el género, el idioma que se hable, la creencia religiosa, la preferencia política, la nacionalidad, el estrato social, la condición económica, los aspectos diferenciadores que surjan alrededor del nacimiento o algún otro factor social que logre disminuir los derechos humanos de las personas, o bien, impida su disfrute o ejercicio. La no discriminación posee la dualidad, en las garantías de salud que, no tan solo actúa como derecho, sino también como un elemento esencial de accesibilidad de las personas a los establecimientos, bienes o servicios de salud. Pero, de esto nos ocuparemos al llegar el apartado de accesibilidad.

En cuanto a la planificación y bienestar familiar, como se señaló anteriormente, ha sido fundamental para crear consciencia sobre la importancia de estos derechos, llevarlos de la mano con la estabilidad de la familia. En efecto, se reconoce la libertad de decisión de las personas sobre el número de hijos que deseen tener, y por supuesto la facultad de no tenerlos. Para estos fines los Estados tienen la responsabilidad de encontrar los medios ade-

cuados, incluyendo la educación sexual, para proporcionar la información a las personas, bajo el contexto de su edad y condición social, sobre los métodos anticonceptivos (ONU, 2010; OG-22, 2016). Asimismo, la provisión de servicios de salud enfocados a la planificación familiar (OG-14, 2000).

Particularmente, en el caso de las y los adolescentes resulta relevante que accedan a información de cómo evitar embarazos no deseados. Existe una problemática seria en cuanto a las decisiones de sexualidad que conlleva a riesgos en la reproducción para este grupo etario a partir de la poca información que reciben. Si se segmenta, entre hombres y mujeres, las mujeres adolescentes presentan una desigualdad en el acceso a la información sexual y reproductiva más acentuada que los hombres (ONU, 2010). Además, se ha presentado, en los sistemas educativos, una tendencia hacia la abstinencia como medio más pertinente de enseñanza sexual para prevenir embarazos no planificados, pese a que los adolescentes también demandan mayor apertura a la información sobre métodos anticonceptivos (Santelli *et al.*, 2006).

Los embarazos no deseados anualmente y a nivel global, llegan a alrededor de 80 millones de eventos, más de la mitad de las mujeres ha decidido abortar, desafortunadamente 68,000 fallecen por practicarse este procedimiento en condiciones adversas de salubridad (ONU-CES, 2004). Al respecto, Vernor Muñoz, relator especial sobre el derecho a la educación, considera relevante otorgar una oportuna información de planificación familiar para que se evite recurrir al aborto como “medio primario de planificación familiar” (ONU, 2010, p. 10), ya que la interrupción del embarazo genera riesgos importantes para la salud de las mujeres. En ese sentido, es necesario que los Estados efectúen las medidas legislativas para que las mujeres en un ámbito de autonomía puedan decidir libremente sobre su propio cuerpo, es decir, que el proceso de interrupción del embarazo sea reconocido con las responsabilidades que correspondan a las personas y a las autoridades gubernamentales. Para el Estado se ha referido que tendría que contar con establecimientos, servicios y bienes de salud destinados a practicar de manera segura y con los mínimos riesgos los abortos legales. La formalización de este procedimiento involucra la sensibilización del personal de salud a fin de que preste sus servicios sin signos de violencia y estigmatización hacia las mujeres (ONU-CES, 2004; ONU, 2019).

Ahora bien, la maternidad y la paternidad son derechos que tienen que ser protegidos por los Estados. En recientes instrumentos de interpretación se prevé la corresponsabilidad de los hombres, en la etapa gestante de las mujeres. Por ejemplo, se ha difundido la necesidad de que se les otor-

que a los trabajadores masculinos una licencia de paternidad e incluso, se ha visibilizado, lo importante de esta prestación para grupos vulnerables como los trabajadores migrantes. De esta forma, las relatorias de derechos humanos han fomentado la prohibición de discriminación de hombres y mujeres, en el marco de la maternidad (OG-22, 2016; RGCEDAW-35).

Los comités de ambos pactos han abordado el derecho a la maternidad desde los contextos de las mujeres. La Observación General número 5 del Comité de Derechos Civiles y Políticos (OGC-5) establece esta garantía en las mujeres que presentan alguna discapacidad. En ese sentido, la OG-22 (2016) prevé la atención de salud en la maternidad en un contexto rural. La incorporación de condiciones igualitarias para todas las mujeres también se ha reflejado en el criterio de asequibilidad de la salud materna, los instrumentos interpretativos han insistido en su gratuidad (OG-14, 2000; OG-22, 2016; ONU-CES, 2017). Un criterio progresista, al respecto, es la establecida por la REGCEDAW-35 (2017) que prevé las acciones de particulares en la prestación de servicios de atención, por los agentes no estatales, que ejecuten órdenes o directrices en el marco de estas operaciones que en un inicio están reservadas por obligación a los entes públicos, se considerarán que son llevadas a cabo por el propio Estado. Por lo que, cualquier abuso cometido en el marco del derecho a la maternidad o cualquier otro relacionado con la salud por establecimientos de atención médica privados tendrán que ser abordados como actos de autoridad, siendo imposible tratarlos desde el punto de vista mercantil.

Particularmente, las retenciones por falta de pago en la atención del parto en hospitales públicos y privados tendrán que ser analizadas por las instituciones estatales y por los tribunales a la luz de los derechos humanos. De igual forma, es necesario combatir la violencia obstétrica por parte del personal de salud que consiste en externar violencia verbal o física en contra de las mujeres durante el trabajo de parto. Por supuesto, cualquier procedimiento quirúrgico o tratamiento debe contar con el consentimiento informado de la paciente (ONU, 2019). Esta aprobación informada, tiene que llevarse a cabo de manera anticipada a la etapa de dolor durante el trabajo de parto, de no hacerse, las mujeres no estarían decidiendo conscientemente (ONU, 2019). Desde luego, la esterilización forzada, es decir, no informada es considerada como una transgresión a la libertad reproductiva de las mujeres y constituye una violación grave a sus derechos humanos.

En cuanto al acceso a la información reproductiva y la obligación de no revelar datos sensibles, son componentes fundamentales del derecho a la

salud reproductiva, y en general de todo el cuerpo normativo del derecho a la salud. Aquí es pertinente mencionar que, el derecho a la información también junto con el derecho a la no discriminación conforma los criterios de accesibilidad. Pero, específicamente acá se tendría que establecer como la facultad que tiene el paciente para recibir toda la información que requiera sobre su salud reproductiva, abarcando todos los datos necesarios para recuperarla o mantenerla. Asimismo, está referida a que las personas se puedan allegar de la información relacionada con los métodos anticonceptivos y de planificación familiar, del embarazo, de prevención de enfermedades de transmisión sexual, del aborto legal, de los procesos de fecundidad, entre otros (OG-22, 2016). Paralelamente, el Estado o los establecimientos y servicios que actúen en su representación, tienen obligación de respetar, esto es, de abstenerse de difundir o traspasar información sobre el estado de salud reproductivo de las personas. Un ejemplo muy específico, se encuentra en la Recomendación número 200, sobre el VIH sida, de la Organización Internacional del Trabajo (R200 OIT, 2010).¹¹ En su párrafo 24 establece que las pruebas de detección de VIH deben de promoverse con carácter voluntario, ser confidenciales y practicarse bajo consentimiento informado. Desde luego el acceso a la información de estos exámenes tiene que darse bajo los procedimientos que se marquen en las normas internacionales o nacionales de protección de datos (R200 OIT, 2010, párrs. 24-28).

Para Olvera (2020) es importante que en la recolección de datos se atiendan a los principios del acceso a la información y protección de datos personales. El principio de información se relaciona con la disponibilidad del aviso de privacidad de manera anterior a la solicitud de los datos, es como el elemento de legalidad por el cual se inicia a recabar la información del paciente. En tanto, el principio de calidad se refiere a que la recopilación de los datos personales de los pacientes sea lo más verídica posible, sin posibilidad de que sea alterada intencionalmente o se solicite información que no sea necesaria, este principio incluye hacer las correcciones o rectificaciones puntualmente en caso de que se advierta algún error en la captura. El prin-

¹¹ Las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) son directrices para mejor cumplimiento de las obligaciones de los Estados miembros, no tienen un carácter vinculatorio (OIT, 2023). Las temáticas de las recomendaciones están relacionadas con los Convenios, los cuales sí son obligatorios para los Estados una vez ratificados. De acuerdo con Charis (2017), en el caso de México, los convenios de la OIT suscritos por el Estado tienen el peso específico que les dota el Artículo 133 constitucional, esto es, pertenecen al orden jurídico nacional.

cipio de proporcionalidad implica que los datos sean desechados una vez que se haya determinado que no son útiles a los fines que originaron la captación de la información. Por cuanto al principio de finalidad y lealtad, tiene que ver con el tratamiento de los datos recabados, los cuales se deberán utilizar de acuerdo con los fines estipulados en el aviso de privacidad. Finalmente, el principio de seguridad está dirigido a que los datos sensibles, como los que interpreta la Recomendación 200 de la OIT (2010), sean protegidos con los protocolos más rigurosos.

En cuanto al derecho a laborar en condiciones seguras e higiénicas, recordemos que esta facultad también es una ramificación del derecho al trabajo, el cual tiene proyecciones importantes hacia el derecho a la salud y al medioambiente. A partir del trabajo, las personas pueden acceder a la seguridad social que les otorga atención médica asequible y a estudios de gabinete periódicos. A través de las condiciones seguras e higiénicas de las empresas o industrias los trabajadores se protegen del medio ambiente laboral y también se evitan emisiones en concentraciones fuera de lo permisible hacia el exterior de las fábricas o las empresas. Por supuesto, las disposiciones laborales tienen interdependencia con los derechos reproductivos de las personas, cuando se les protege a las mujeres en estado de gestación o se realizan controles y restricciones al uso de sustancias químicas que inciden de manera negativa en la reproducción de las personas, o bien, cuando se promueve la igualdad entre hombres y mujeres en el cuidado de los hijos, mediante las licencias de paternidad o la flexibilización de las jornadas de trabajo.

Por último, el derecho de reconocimiento a la diversidad o pertenencia de grupo es interpretado de manera clara por la Recomendación General número 35 del Comité CEDAW, en su párrafo 12, en donde se menciona que la discriminación en contra de las mujeres es multifactorial y uno de los elementos que se ubican es la pertenencia a un grupo de diversidad cultural o en un estatus de desventaja, ampliando las categorías que enuncia la Observación General 18 del Comité de Derechos Humanos. Precisa que encontrarse dentro de una minoría o grupo indígena, colectivos de la diversidad sexual, ser apátrida o refugiado, a un segmento de edad, a una zona urbana; o estar en las condicionantes de: el estatus migratorio, el analfabetismo, el estado de salud, ser la cabeza de familia, estar privado de la libertad, la viudez, vivir en lugares alejados, poseer o no derechos de propiedad, entre otros, son estatus que son susceptibles de interrelacionarse en todas direcciones. Esto es, se pudiera hablar de una mujer indígena migrante con un estado de salud disminuido o de una persona embarazada, residente de una zona urbana

periférica desaventajada, que por su condición le es complejo llegar a un hospital de segundo nivel de atención. En este sentido, la RGCEDAW-35 (2017) prevé que las políticas públicas se adapten a las circunstancias de las personas que demandan los servicios o bienes de salud reproductiva, en los centros de salud u hospitalarios. Asimismo, tiene que ver con la asertividad para sensibilizar a los agentes estatales que presten sus servicios en estos establecimientos y la capacitación tendiente a profesionalizar al personal de salud, lo cual también incide en la calidad con que se atiende a las personas.

Tabla 2. Derechos relacionados con el derecho a la salud sexual

Instrumento de interpretación	Derecho de la sexualidad
Relatoría sobre educación sexual	Educación sexual
RGCEDAW-35, Relatoría de salud	Vida libre de violencia de género y maltrato
Principios de Yogyakarta	Prohibición de discriminación
Principios de Yogyakarta	Privacidad
OG-22	Acceso a información de salud sexual

FUENTE: elaboración propia con información de los documentos de interpretación RGCEDAW-35 (2017), ONU (2004), OG-22 (2000), PY (2007).

La prerrogativa de educación, al igual que el derecho al trabajo, como anteriormente se precisó, sostiene interdependencia con el derecho a la salud sexual. E incluso, con el derecho al acceso a la información y por ende con la accesibilidad a la salud. La educación sexual se considera como aquella que se otorga en la etapa formativa de las personas, en las aulas de las escuelas, sus temáticas son diversas como: el sexo y el placer en sus relaciones y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ONU, 2010). Agregaríamos que en la educación sexual hay intrínsecamente un fomento de los derechos humanos (ONU, 2004) y, por supuesto, la educación sexual es un instrumento idóneo para sensibilizar acerca del respeto por las libertades sexuales de las personas y con ello se colabora con la prevención de la violencia de género.

El derecho a una vida libre de violencia es un derecho humano que se desprende del derecho a la vida o de los relacionados con la seguridad e in-

tegridad personales. Ha sido desarrollado ampliamente por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el cual ha señalado la serie de actos que son considerados violencia de género, entre los cuales se encuentra cualquier daño que ocasione la muerte o actos que generen sufrimiento sexual (RGCEDAW-35, 2017). Entre estas situaciones se tienen a “[l]a violación y otras formas de violencia sexual, como el embarazo forzado [...] la mutilación/ablación genital de la mujer y el matrimonio forzado” (ONU, 2004, p. 27). Se sumarían a estas conductas el acoso, el hostigamiento y la discriminación por condición de embarazo (OG-22, 2016). Ahora bien, la violencia de género se puede dar en el ámbito de la salud como el caso de la violencia obstétrica, o bien, la ejercida por particulares hacia las mujeres o miembros de las comunidades de la diversidad sexual y que impacta en la salud de estas personas. La relatoría del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2004) establece que la violencia llega a victimizar a comunidades enteras, siendo un problema de salud pública.

En tanto, la prohibición de discriminación en cuanto a la salud sexual se desarrolla en un documento elaborado por expertos en temas de sexualidad y género, los Principios de Yogyakarta (PY). Entre los suscriptores de estos principios se encuentran relatores de la ONU y es una de las razones por la que, en muchos informes, individuales, de estos funcionarios se refieren a estos principios, por lo que son criterios ampliamente aceptados. Mauricio Paulecio (2011) en la *Teoría y práctica de los principios de Yogyakarta en el derecho internacional de los derechos humanos*, enuncia la importancia de los PY, el autor encuentra una relevancia específica en la lucha por el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la comunidad LGBTI en el escenario internacional y que su naturaleza no vinculatoria la hace especial en la discusión jurídica sobre su capacidad de cumplimiento como expectativa a futuro. El contexto en que fueron generados los PY tiene como antecedente fungir como contrapeso a la penalización de la orientación homosexual, entre los países africanos. Asimismo, los principios han servido de presión en el marco internacional para visibilizar las libertades sexuales y reproductivas. No obstante, que no fueron pronunciados en el marco de la Asamblea General de la ONU, para Paulecio (2011) su elaboración hizo concurrir las voces más representativas de la diversidad sexual. Su naturaleza, hace ver que “no son *soft law* [...] pero tienen todo para llegar a serlo” (Paulecio, 2011, p. 249). Esta característica da cuenta que los DSR se encuentran en construcción;

sin embargo, el contenido de los PY pueden ser un parámetro para futuros instrumentos internacionales o nacionales, en las temáticas especiales que se abordan en el presente trabajo, puesto que rescatan aspectos de otros derechos (Paulecio, 2011).

De acuerdo con los panelistas de Yogyakarta, la discriminación es el trato diferenciado fundamentado en la orientación sexual o preferencia de género (PY, 2007). Asimismo, la discriminación en esos términos incide en otras condicionantes en que se ubique la persona, esto es, si presenta alguna discapacidad, si su capacidad económica está disminuida y si su estado de salud no es el óptimo, por lo que la discriminación es multifactorial. Los PY (2007) se han pronunciado por un trato igualitario hacia las comunidades de la diversidad sexual en el que se reconozcan los derechos humanos de todas las personas independientemente de su preferencia sexual u orientación de género. A este respecto, recomienda a los Estados hacer ajustes a sus legislaciones para que se garanticen las libertades sexuales.

El derecho a la privacidad también es desarrollado por los PY y se refiere a que las personas no deben sufrir intervenciones en documentos o su domicilio y la declaración sobre su preferencia sexual e identidad de género siempre será optativa, jamás obligatoria, teniéndose que proteger esta información que sea captada por alguna base de datos. Asimismo, se prevé en la prerrogativa de la privacidad, la capacidad de tomar decisiones íntimas y el respeto a la actividad sexual con consentimiento (PY, 2007). Estas restricciones se tendrían que atender en los documentos de consentimiento informado y de autorizaciones que se generan cuando los pacientes son atendidos en establecimientos o instituciones de salud de manera rutinaria o en procedimiento quirúrgicos.

El acceso a la información de salud sexual se divide en al menos dos vertientes. La primera está vinculada con la educación sexual antes abordada, es decir, con el derecho de las personas a recibir, investigar o difundir información relacionada con todos los elementos necesarios para tener una vida sexual placentera y segura. El segundo aspecto, es el derecho de los pacientes a recibir información sobre su estado de salud sexual, sin obstáculo alguno para que en plena autonomía las personas puedan optar por la mejor decisión (OG-22, 2016; PY, 2007).

Como se podrá haber visto en este apartado, la gama de derechos de la salud sexual y reproductiva es amplia, solo se abordaron algunos derechos que pertenecen a este grupo, debido a que no es el objeto de estas líneas tratarlos *in extenso*. Se segmentaron para mejor didáctica de entendimiento

sobre cuáles son el grupo de los derechos reproductivos y los sexuales. Ambos grupos hacen un conglomerado, los cuales son interdependientes y son producto de las interpretaciones internacionales autónomas o de los grupos de trabajo de la ONU y de sus relatores. Sin estas interpretaciones no se les daría vida a los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos. Ahora bien, es necesario conocer cuáles son los criterios de accesibilidad a la salud sexual y reproductiva.

IV. ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La Observación General número 14 elaborada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es el marco que por excelencia ha desarrollado el término “accesibilidad” en el derecho a la salud. Posteriormente, lo retoma la Observación General número 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva. En esos documentos se han especificado que existen cuatro elementos esenciales del derecho a la salud, los cuales son: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad. En conjunto conforman las recomendaciones para los Estados sobre las características que tendrían que cumplir sus sistemas de salud. Particularmente, la accesibilidad se podría definir como las condiciones mínimas que los Estados tendrían que garantizar para que las personas puedan superar obstáculos que les impida disfrutar de los establecimientos, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva. La accesibilidad se compone a su vez de la prohibición de discriminación, facilidad de acceso físico, la asequibilidad y el acceso a la información.

Como se puede observar en el Esquema que aparece posteriormente, la accesibilidad es un ciclo en el que cada componente cumple su función para que al centro subsista el acceso a la salud sexual y reproductiva. Cada uno de los elementos esenciales se encuentra interrelacionado, de no cumplirse uno habrá el inaccesso a la prerrogativa. La OG-14 ha referido que el acceso a toda la gama de servicios de salud tendría que estar disponible de *iure* y de *facto*, particularmente, para los grupos más vulnerables como lo son las personas de escasos recursos, migrantes, personas violentadas, discapacitados, etcétera. Pero, las interpretaciones de la no discriminación establecen que no tan solo los Estados deben garantizar la igualdad ante la Ley, sino también rebasar los tratos diferenciados que se den a partir de ella (OG-18, 1989), esto es, el acceso a la salud sexual y reproductiva tendría que estar libre de derechos de castas o de clases. En este sentido, la nota de orientación

de la ONU denominada *Zero Discrimination in Health Care* ha mencionado que la discriminación tiene que ver con las situaciones de derecho o de hecho y que se reflejan en comportamientos violatorios a los derechos humanos como lo es la violencia, la exigencia de requisitos excesivos, la negación de atención médica, las detenciones en contra de la voluntad, las transgresiones a la confidencialidad de los pacientes, entre otros (ONU, 2017).

Esquema. Accesibilidad del derecho a la salud



FUENTE: elaboración propia con datos de la OG-14 (2001) y la OG-22 (2016).

La accesibilidad física de los establecimientos bienes y servicios de salud sexual y reproductiva, se refiere a que las instituciones de salud y sus servicios se encuentren lo más cercanos a los centros de población y comunidades. Esto involucra que la planificación de los nuevos espacios de salud se dé tomando en consideración las zonas más marginadas o en donde se ubiquen las personas más vulnerables de la población. En caso de que esto no sea posible el Estado tendrá que realizar “medidas positivas” para superar el obstáculo de la distancia física (OG-22, 2016, p. 3).

La accesibilidad económica es entendida como la obligación del Estado de invertir suficientemente recursos al sector salud, lo cual significa aminorar la carga económica de las personas cuando acceden a servicios de salud de carácter sexual y reproductivo, colocando especial atención en los grupos vulnerables para que dispongan de los elementos de sanidad necesarios. En el caso de la salud en la maternidad, como anteriormente se dejó evidencia, diversos organismos de la ONU se han pronunciado por su gratuidad. La accesibilidad económica tiene que ver con el derecho al desarrollo, antes abordado, y el derecho a la igualdad, en donde los Estados generen las condiciones para que las personas alcancen el máximo de sus capacidades.

Finalmente, el acceso a la información es un elemento fundamental del derecho a la salud sexual y reproductiva. Se refiere a que toda la información necesaria esté disponible para que las personas tomen sus decisiones con determinado grado de responsabilidad, lo cual se logra con la obtención de información en temas sexuales o reproductivos como lo son: salud materna, anticoncepción, planificación y bienestar familiar, enfermedades de transmisión sexual, aborto legal, tratamientos hormonales, entre otros (RG-22, 2016). Asimismo, involucra procedimientos médicos, sometimientos a pruebas clínicas o de investigación en salud.

Como se podrá apreciar los elementos esenciales de accesibilidad tienen mucho que ver con la operación de los derechos sexuales y reproductivos. Son estándares mínimos que sirven de utilidad para rebasar las desigualdades de las personas más vulnerables. Aquí radica la importancia de desagregar los derechos hasta encontrar el motivo de su estructura. En sí misma, la accesibilidad está dada a partir del cumplimiento de los propios derechos, el que se analice, probablemente al esquema del ciclo de la accesibilidad de la salud sexual y reproductiva se le pudiera agregar otra esfera de atención de derechos por parte de los Estados, pero eso lo dejamos en el imaginario.

V. CONCLUSIONES

El derecho a la salud sexual y reproductiva es un derecho que fue construyéndose al paso de las generaciones de derechos humanos. No es una prerrogativa que nació con una concepción clara, probablemente por la complejidad que ha tenido su abordaje. En su construcción participaron organismos de Naciones Unidas y opiniones de expertos quienes los han some-

tido al lente de los derechos económicos, sociales y culturales, y los derechos civiles y políticos. En el momento de agregársele el elemento de salud a los DSR, es decir, un derecho de prestación a cargo del Estado, en el contexto de ser garante del desarrollo, se les ha enmarcado en los derechos sociales. No obstante, la gran aportación de los derechos civiles y políticos a los DSR es la configuración de los límites establecidos desde la responsabilidad.

Las obligaciones de los Estados se enmarcan en los convenios o tratados internacionales, y las interpretaciones de estas las podremos encontrar en las observaciones y recomendaciones generales de los distintos organismos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Como bien lo advertimos, no se encontrará un pronunciamiento específico de los DSR en el instrumento fundacional del sistema universal, ni en los dos principales pactos de derechos, pero sus raíces las encontramos ahí, a partir de la no discriminación y la configuración de las libertades de las personas.

Para conocer su contenido, necesariamente se tiene que acudir a las interpretaciones de los instrumentos internacionales en conjunto con el llamado *soft law*, o derecho suave que también contiene información de discusión. Si bien tanto los derechos sexuales y reproductivos se han establecido como un conjunto de prerrogativas muy vinculadas, puesto que son parte de la dignidad de las personas, para la serie de criterios que se han vertido en torno al sistema universal de los derechos humanos, es posible estudiarlos de manera individual. Son derechos que se interpretan a la luz de los derechos fundamentales de las mujeres, de la no discriminación, del desarrollo, de la educación, de la niñez, del trabajo, medio ambiente, entre otros.

Pensar en los DSR o en el DSSR sin atender a los principios de derechos humanos, especialmente el de la interdependencia, sería una labor inacabada. De igual forma, los roles de las obligaciones de los Estados cobran relevancia. La protección y la garantía de los derechos humanos que inician en la disposición normativa, también tendrían que prever las barreras en su disfrute. En el caso de la salud y de la salud sexual y reproductiva, se han establecido un conjunto de condicionantes para que los establecimientos, bienes y servicios de salud proporcionados por los Estados sean considerados accesibles.

Los elementos esenciales del derecho a la salud sexual y reproductiva dan pie a la accesibilidad como un estándar para que los Estados puedan implementar acciones que permitan superar los obstáculos que se les presentan a las personas más vulnerables. La prohibición de discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad y el acceso a la información representan

un conjunto de elementos mínimos a cubrir, pero la accesibilidad del derecho a la salud sexual y reproductiva se da a partir del cumplimiento de la propia prerrogativa que contempla una diversidad de derechos que están inmersos en la dignidad de las personas. Los derechos humanos se entrelazan hasta llegar a ese punto de contenidos mínimos como la parte culminante.

VI. REFERENCIAS

- Alonso, M., y Ramos, T. (2023). *Informe especial sobre accesibilidad a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes en tránsito por el noreste de México*. Trayectoria de Salud Migrante. https://drive.google.com/file/d/13j_jnJeSI7ZwA95JsES04WMNE5cIHikR/view?pli=1
- Benavides, A. (2017). Bioética en sexualidad y reproducción humana. *Rev Peru Ginecol Obstet.*, 63(4), 565-572.
- Carta de las Naciones Unidas (CNU)*, en el marco de la Conferencia de Naciones Unidas sobre Organización Internacional (1945).
- Charis, R. (2017). La política laboral de México a la luz de los convenios fundamentales y prioritarios de la OIT. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 58(249), 93-133.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2018). *El derecho a la no discriminación*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Declaración sobre el Derecho al Desarrollo* (1986). Adoptada en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Organización de las Naciones Unidas (ONU).
- Defensoría del Pueblo (2007). *Guía para la formación en derechos sexuales y reproductivos*. Torreblanca.
- Del Castillo, G. y Dussauge, M. (Ed.). (2020). *Enfoques teóricos de políticas públicas: desarrollos contemporáneos para América Latina*. Flacso.
- Del Toro, M. (2006). El fenómeno del soft law y las nuevas perspectivas del derecho internacional. *Anuario mexicano de derecho internacional*, 6, 513-549.
- Estévez, A. (2016). ¿Derechos humanos o ciudadanía universal? Aproximación al debate de derechos en la migración. *Revista Mexicana de Sociología*, 78, 61-87.
- Mendoza, H. (2012). La sexualidad reproductiva en el siglo XXI. El divorcio entre sexualidad y reproducción. *Perspectivas Sociales*, 14(1), 33-46.

- Miller, A. y Vance, C. (2004). Sexuality, Human Rights, and Health. *Health and Human Rights*, 7(7), 5-15.
- Novak, F. (1998). La Declaración Universal de los Derechos Humanos cincuenta años después. *Agenda Internacional*, 4(10), 75-86.
- Observación General núm. 18 No discriminación (OG-18) (1989), en *Recopilación de las observaciones y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos*. Organización de las Naciones Unidas (ONU).
- Observación General núm. 05 relativa a las personas con discapacidad (RG-05) (1995), en *Recopilación de las Observaciones Generales y Recomendaciones Generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos*. Organización de las Naciones Unidas (ONU).
- Observación General núm. 14 el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (OG-14) (2000), en *Recopilación de las observaciones y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos*. Organización de las Naciones Unidas (ONU).
- Observación General núm. 19 el derecho a la familia (OG-19) (1990), en *Recopilación de las observaciones y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos*. Organización de las Naciones Unidas (ONU).
- Observación general núm. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (OG-22), E /C.12/GC/22 (2016).
- Olvera, A. (2020). El derecho de acceso a la información contenida en el expediente clínico como instrumento de garantía del derecho a la salud. En *Bioderecho y derechos humanos. Perspectivas biojurídicas contemporáneas*.
- Organización de las Naciones Unidas (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICIPDEC)*. ONU.
- Organización de las Naciones Unidas (2008). *Recopilación de los reglamentos de los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos*.
- Organización de las Naciones Unidas (2010). *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación*.
- Organización de las Naciones Unidas. Development Group (2017). *Zero Discrimination in Health Care*.
- Organización de las Naciones Unidas (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los ser-*

- vicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica* (Adelanto de la mujer).
- Organización de las Naciones Unidas (2021). *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Tlaleng Mofokeng.
- Organización de las Naciones Unidas (2022). *Consejo de Derechos Humanos*. <https://www.ohchr.org/es/hr-bodies/hrc/about-council>
- Organización de las Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (2004). El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt.
- Organización Internacional del Trabajo (2023). *Convenios y recomendaciones*. <https://www.ilo.org/global/standards/introduction-to-international-labour-standards/conventions-and-recommendations/lang-es/index.htm#:~:text=Las%20normas%20se%20dividen%20en,act%C3%BAan%20como%20directrices%20no%20vinculantes>
- Paulecio, M. (2011). Teoría y práctica de los principios de Yogyakarta en el derecho internacional de los Derechos Humanos. *Revista Análisis Internacional*, 239-259.
- Peña, F. (2018). *La lucha que no cesa. Los derechos del colectivo LGBTI como derechos humanos*. Tirant lo Blanch.
- Principios de Yogyakarta* (2007).
- Recomendación 200 sobre el VIH y el sida* (2010). Adoptado en Ginebra en la 99ª reunión de la OIT. (Organización Internacional del Trabajo (OIT)).
- Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19* (RGCEDAW-35), (2017). Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 22 pp.
- Santelli, J. et al. (2006). Abstinence-only education policies and programs: A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 38, 83-87.
- Sarmiento, D. (2006). La autoridad del derecho y la naturaleza del *soft law*. *Cuadernos de derecho público*, 28, 221-266.
- Serrano, S. y Vázquez, D. (2013) *Los derechos en acción*. Flacso.
- Vázquez, J., Coss, D., y Salinas, O. (2019). Una aproximación histórico-social a la evolución de los derechos de la comunidad LGBTI+ en México. *Humanidades*, 9(2), 1-20.



Cómo citar

Sistema IJ

Alonso de los Santos, Miguel Ángel y Ramos Tovar, María Elena, “El derecho a la salud sexual y reproductiva: su accesibilidad desde la interpretación internacional”, *Cuestiones Constitucionales. Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, México, vol. 25, núm. 51, julio-diciembre de 2024, e18161. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484881e.2024.51.18161>

APA

Alonso de los Santos, M. Á., y Ramos Tovar, M. E. (2024). El derecho a la salud sexual y reproductiva: su accesibilidad desde la interpretación internacional. *Cuestiones Constitucionales. Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, 25(51), e18161. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484881e.2024.51.18161>