

# COMUNICACIÓN, GÉNERO Y SALUD

Boletín mensual

## Violencia sexual contra las infancias en México



Las niñas, niños y adolescentes (NNA) constituyen un grupo de población que corren mayor riesgo de sufrir violencia sexual debido a que gravita una mayor dosis de vulnerabilidad. La violencia sexual en las y los menores es una realidad que se ha ido visibilizando y castigando. Sin embargo, existen factores estructurales que intervienen para que ... *Pág. 2*

## Inequidad de género en salud: un indicador de violencia estructural



La sociedad mexicana tiene varios retos en términos de avance en los derechos humanos, justicia y cultura de paz; uno de ellos es lograr equidad de género en salud. La enfermedad y salud son dos conceptos determinados por cada cultura, ésta a su vez, forma el comportamiento de las personas, influyendo sobre la percepción de enfermedades. Las fuerzas políticas económicas y las prácticas culturales producen acciones en el medio ambiente de maneras que pueden afectar a la salud. *Pág. 5*

## Matrimonios y las Uniones Infantiles, Tempranas y Forzadas: Niñas y adolescentes como objeto de consumo



Los Matrimonios y las Uniones Infantiles, Tempranas y Forzadas (MUITF) no son una problemática nueva, por el contrario, ha estado latente e invisibilizada en las realidades de las niñas y adolescentes, a lo largo de la historia y alrededor del mundo, bajo el discurso de usos y costumbres. Si bien los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecen la meta de "Eliminar todas ... *Pág. 8*



## INVESTIGACIÓN

### Despenalización del aborto en el Estado de México: aquello que dejaron en el cajón

*Pág. 11*



Escanea para leer  
el Boletín online

# Violencia sexual contra las infancias en México

*Andrea Rojo Nápoles*



*Lorena Padilla García*



Las niñas, niños y adolescentes (NNA) constituyen un grupo de población que corren mayor riesgo de sufrir violencia sexual, debido a que gravita una mayor dosis de vulnerabilidad. La violencia sexual en las y los menores es una realidad que se ha ido visibilizando y castigando. Sin embargo, existen factores estructurales que intervienen para que esta problemática persista o se agudice.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la violencia sexual infantil es todo acto o tentativa de acto sexual entre un menor y una persona que ejerce poder sobre él o ella, a través de diversas formas de violencia.

Es considerada una de las formas de violencia más grave, debido al impacto que causa tanto a nivel físico como emocional en las niñas, niños y adolescentes, además de lesionar profundamente sus derechos humanos. La violencia se puede presentar en los diversos espacios en los que interactúan las y los infantes: en el hogar, la escuela, los espacios públicos y en el ciberespacio.

En México, durante el 2023, la Secretaría de Salud reportó 9,802 casos de lesiones por violencia sexual en menores cuyas edades iban desde uno a 17 años. El 92.3% de los casos fueron mujeres y, 7.7% hombres. El mayor porcentaje se presentó en el grupo etario de 12 a 17 años, con 76.4%. El Estado de

México fue la entidad que ocupó el primer lugar, registrando 1,575 de los casos (Red por los Derechos de la Infancia en México, 2023).

Respecto a quienes ejercieron este tipo de violencia, en el 24.3% fue la pareja de la víctima; el 19.8% fue una persona conocida y, en el 17.6% de los registros se mencionó a "otro pariente". Es decir, en seis de cada diez casos la violencia fue ejercida dentro del círculo cercano y de confianza de las víctimas. En el 74% de los casos, la violencia sexual se ejerció en la vivienda y el 14% en lugares no especificados (Red por los Derechos de la Infancia en México, 2023).

Con estos datos, se evidencia que las NNA están en un riesgo constante, aún dentro de su propio entorno, a pesar de que se esperaría que tales personas deberían garantizar su bienestar, protección y óptimo desarrollo. Asimismo, resulta alarmante que, en un espacio que tendría que ser seguro, se convierta en el escenario en el que se transgredan sus derechos y estén expuestos a situaciones de violencia.



Cabe resaltar que la violencia de género predomina en esta problemática, ya que las niñas y las adolescentes constituyen la mayoría de las víctimas. Lo que refuerza la situación de doble vulnerabilidad a la que están expuestas, tanto por su condición de género como por su edad.

La violencia sexual puede presentarse de distintas maneras, no sólo se trata de un contacto físico, sino que puede darse a través de:

- Relaciones sexuales de cualquier tipo con una niña, niño o adolescente.
- Sexo oral, penetración anal, genital u oral con cualquier objeto o parte del cuerpo.
- Manoseos o caricias.
- Exhibicionismo o tocamientos ante una niña, niño o adolescente.
- Cuando la persona no está en condiciones ni con la madurez suficiente para otorgar su consentimiento en participar en un acto sexual.
- Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes.
- Forzar a ver imágenes sexuales.
- Comunicaciones o insinuaciones sexuales no deseadas a través de llamadas telefónicas, mensajes de texto o redes sociales.
- Producir, poseer o compartir imágenes o películas pornográficas.

*El boletín "Comunicación, Género y Salud" es una publicación mensual del Cuerpo Académico: Sociotecnología, Gobierno y Comunicación, de la Universidad Autónoma del Estado de México.*

® Registro en trámite

#### CONTACTO

✉ [comunicaciongenerosalud@gmail.com](mailto:comunicaciongenerosalud@gmail.com)

☎ +(722) 2 15 04 94, 2 13 16 07, ext. 107 y 201

Imágenes de [Freepik.es](http://Freepik.es)



## Comunicación, Género y Salud

### Editores

*Antonio Quintero Zamora  
Lorena Padilla García*

### Editora honoraria

*Mónica Petracci  
Universidad de Buenos Aires  
Argentina*

### Equipo Editorial

*Andrea Rojo Nápoles  
Guillermo Hernández Acuña*

### Comité Científico

*Paola Panarese  
La Sapienza, Universidad de Roma  
Italia*

*Edith Molina Carmona  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
México*

*Milca Cuberli  
Universidad de Buenos Aires  
Argentina*

*Juan Carlos Suárez Villegas  
Universidad de Sevilla  
España*

*Flor Micaela Ramírez Leyva  
Universidad de Guadalajara  
México*

*Guy Lochard  
Universidad Paris-III-Sorbonne nouvelle  
Francia*

*Janet García González  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
México*

*Inesita Soares de Araujo  
Fundação Oswaldo Cruz / Instituto de  
Comunicación e Información Científica y  
Tecnológica en Salud  
Brasil*

*Armando Zavariz Vidaña  
Universidad Veracruzana  
México*

*Valeria Albardonado  
Universidad Nacional del Comahue  
Argentina*

*Sandra Flores Guevara  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
México*

*Marcel Heyne  
Audiopedia Foundation  
Alemania*

*Almudena Barrientos Báez  
Universidad Complutense de Madrid  
España*

*Luis Alfonso Guadarrama Rico  
Universidad Autónoma del Estado de México  
México*

Ante ello, es indispensable que las NNA no solamente conozcan sus derechos sino que aprendan a identificar las distintas formas de comportamiento o de acciones que tienen que ver con el abuso o la violencia sexual. Mediante este tipo de información directa, clara y focalizada, las NNA podrían aprender a reconocer si vivieron o están experimentando algún tipo de violencia sexual.

El miedo, la vergüenza, el desconocimiento, el estigma, la normalización de la violencia, la desconfianza, la falta de empatía y el machismo, son

factores que intervienen para que no se denuncie la violencia sexual. Instituciones, padres y madres de familia, profesoras(es), cuidadoras(es) deben participar para proteger a las NNA y con ello contribuir a la prevención de la violencia sexual.

También es labor del mundo adulto poder identificar aquellas señales o indicios de violencia sexual, a fin de actuar de manera oportuna para garantizar su atención y protección. Estas son algunas señales de alerta que se deben tomar en cuenta.

## SÍNTOMAS EMOCIONALES

- Miedos.
- Fobias.
- Pesadillas recurrentes, sueño inquieto o insomnio.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Fugas de casa sin razón aparente.
- Repentina disminución del rendimiento escolar.
- Rechazo al contacto afectivo que antes era aceptado.
- Miedo a determinada persona o intensa aversión a cierto lugar.
- Manifestaciones de afectos o conocimientos sexuales inapropiados para su edad.
- Miedo a la obscuridad.
- Miedo a que los bañen o vean desnudos.
- En la adolescencia se puede presentar la idea o intento suicida, el consumo de drogas y alcohol.

## SÍNTOMAS FÍSICOS

- Laceración genital (heridas).
- Moretones en el área genital.
- Dolor o molestia en los genitales o en el ano.
- Molestia al orinar.
- Retención de heces fecales o expulsión de heces verdosas.
- Hemorragia rectal.
- Descarga vaginal.
- Hemorragia vaginal en niñas prepuberes.
- Esfínter anal laxo o inflamado, cicatrices o fisuras anales.
- Infecciones urinarias recurrentes.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Embarazo.

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social. (sf). Cartilla de derechos de las víctimas: Prevención, detección y actuación ante casos de violencia familiar, sexual y de género.

## Referencias

Instituto Mexicano del Seguro Social. (sf). Cartilla de derechos de las víctimas: Prevención, detección y actuación ante casos de violencia familiar, sexual y de género. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/CartillaCEAV.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Prevención de la violencia sexual y la violencia infligida por la pareja contra las mujeres: Qué hacer y cómo obtener evidencias. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98821/WHO\\_RHR\\_12.37\\_spa.pdf;sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;sequence=1)

Visión Mundial México. (sf). El abuso sexual infantil en México: Un problema que debemos erradicar. <https://www.worldvisionmexico.org.mx/blog/abuso-sexual-infantil-mexico>

Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM). (2023, 21 de junio). Violencia sexual contra la niñez en México, 2010-2023. <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2023/06/21/violencia-sexual-contra-la-ninez-en-mexico-2019-2022/>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf>

# Inequidad de género en salud: un indicador de violencia estructural

Flor Micaela Ramírez Leyva  
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA



La sociedad mexicana tiene varios retos en términos de avance en los derechos humanos, justicia y cultura de paz, uno de ellos es lograr equidad de género en salud. La enfermedad y salud son dos conceptos determinados por cada cultura, ésta a su vez, forma el comportamiento de las personas, influyendo sobre la percepción de enfermedades. Las fuerzas político económicas y las prácticas culturales producen acciones en el medio ambiente de maneras que pueden afectar a la salud.

El presente texto pretende subrayar la importancia del género y de aspectos socioculturales en los procesos e inequidades de salud-enfermedad de las mujeres, entendiendolos como otra manera de ejercicio de poder y violencia contra ellas y sus derechos. Cáceres *et al.* (2019) explican que la igualdad de género en salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, a efecto de contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. Los condicionantes de la salud relacionados con el género se refieren a normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las

*“... subrayar la importancia del género y de aspectos socioculturales en los procesos e inequidades de salud-enfermedad de las mujeres, entendiendolos como otra manera de ejercicio de poder y violencia contra ellas y sus derechos...”*



tasas de exposición, vulnerabilidad y protección frente los riesgos para la salud, ya que determinan los comportamientos de promoción, la búsqueda de atención y las respuestas del sistema sanitario en función del género (Gómez, 2002).

Por ello, es necesario reflexionar acerca de las implicaciones de las desigualdades de género en el ejercicio del poder, las cuales, entre otros aspectos, se traducen en: menores salarios, diferencias en los términos y formas de contratación, responsabilidades asignadas, reconocimiento diferenciado por parte de los pacientes, acceso a cargos de poder, y en la visibilidad y paridad de género en la información de salud.

La medicina mantiene una estructura de poder centrada en los hombres, con oportunidades diferenciales por género, y caracterizada por un menor salario, más responsabilidades, menor reconocimiento y un acceso limitado a cargos de prestigio para las mujeres. Se requiere explorar ese fenómeno en otros profesionales del área de la salud (Cáceres-Manrique, 2019; D'alessandro, 2020).



Observando distintas problemáticas y tipos de violencia derivadas del padecimiento de enfermedades en mujeres, encontramos dificultades en la comunicación y las relaciones médico-paciente. Una de ellas es pretender que la atención a la salud radica en prescribir medicamentos o tratamientos. Medicalizar sin suficiente información, contextualización ni explicaciones, constituye una acción parcial e inadecuada.

De acuerdo con sondeos y estudios efectuados en la costa norte de Jalisco en 2022 por alumnos de la carrera de psicología y medicina de la Universidad de Guadalajara, algunas personas entrevistadas afirman que las medicinas no les han resultado de utilidad. Una paciente (con diabetes) expresó: “no te ayudan más que a ‘tapar’ el problema, no para acabarlo”.

El manejo emocional y psicológico en los procesos de salud-enfermedad, también representa una situación difícil. En ese sentido, una paciente (con fibromialgia) menciona la inseguridad en los tratamientos, por el típico machismo, o los prejuicios y expectativas de la sociedad, por ejemplo, para la

maternidad. También hay una percepción generalizada en muchas mujeres que, en ciertos hospitales y clínicas públicas, han recibido tratos poco cordiales de una parte del personal. Una mujer con lupus, que ha sido objeto de críticas, expresó: “ellos tratan de reprimir mi sentir, me acusan de exagerar mis síntomas”. Exclusión y sentimientos de soledad son otros de los testimonios compartidos por una paciente con cáncer, para quien en círculos sociales prevalece cierta ignorancia o hay ideas erróneas acerca del riesgo de contagio.

Lo anterior ilustra que existen actitudes y conductas de falta de empatía o exclusión, por parte del personal de salud o en otros espacios sociales, produciendo en los pacientes sentimientos de desvalorización, frustración o depresión. Una mujer con vitiligo expresó: “tengo miedo a no ser aceptada en trabajos por mi apariencia y mi condición [...] me entristece mucho, por cualquier cosa es muy fácil llorar y me siento frustrada, porque es demasiado el tratamiento; es muy costoso y con pocos resultados”.

Las actitudes de condescendencia han sido otro desafío con el que ha tenido que lidiar una mujer con cáncer de seno, cuya expresión revela claramente su malestar: “quién les da derecho a asumir cosas”. De la misma manera, una joven con malformación genética en la columna y problemas psicomotrices afirma: “Algo que asumen de mí, o de personas con alguna discapacidad, es que todas vamos a tener alguna dificultad intelectual; que no podremos hablar bien; o que no tendremos el mismo desarrollo emocional”. En otros casos, como el de una señora con ceguera a causa de la diabetes tipo 2, se aprecia claramente que se da cierto abandono por parte de la familia.

*“...parte de las inequidades de salud, se reflejan en la falta de educación y cultura en el hogar, el trabajo, o en otros espacios públicos, por la desconsideración para exentar determinadas responsabilidades o deberes económicos...”*

*“Las mujeres y sus familiares requieren saber los riesgos de las enfermedades y sus procesos, desarrollar seguridad para expresarse tanto física como emocionalmente”*

Debe señalarse que parte de las inequidades de salud, se reflejan en la falta de educación y cultura en el hogar, el trabajo, o en otros espacios públicos, por la desconsideración para exentar de determinadas responsabilidades o deberes económicos, porque además hay una alta presión para que la mujer trabaje de algún modo para aportar a la casa.

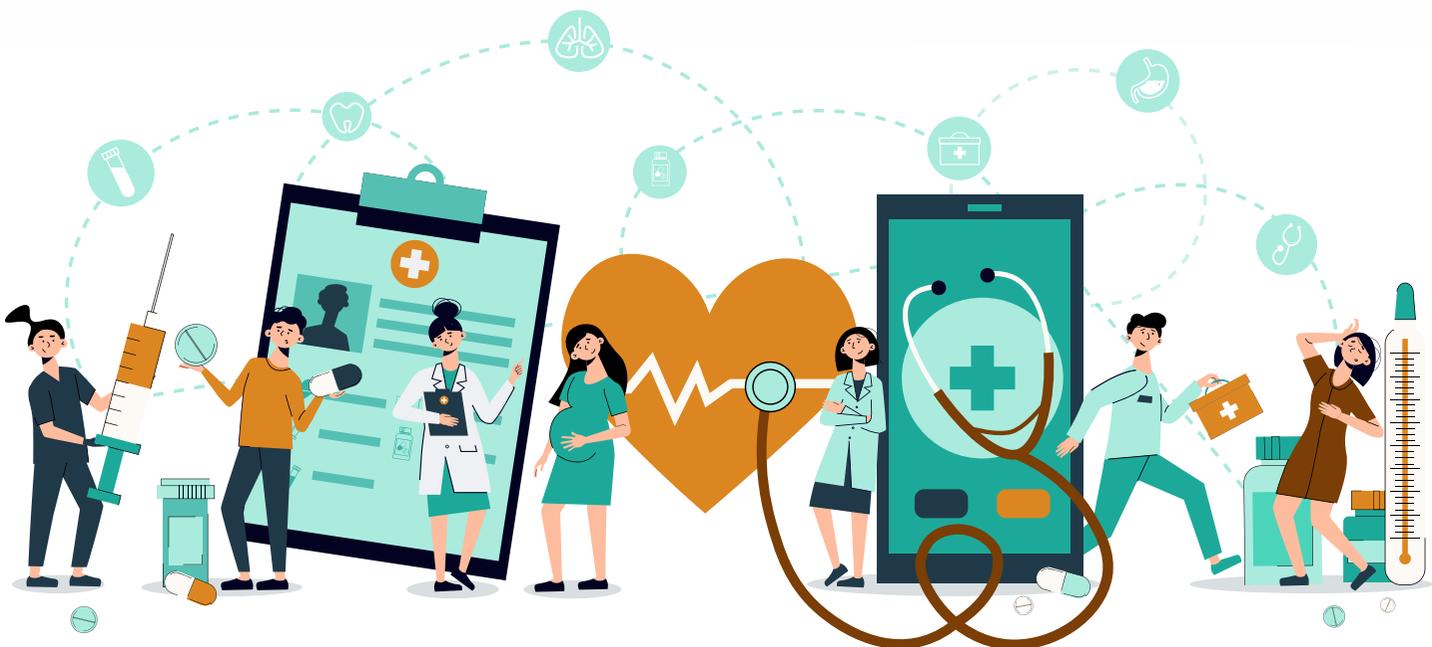
Frente a este panorama, se sugiere profundizar en estos retos; compartir mayor información de diferentes voces y fuentes –comunitarios y laborales– que den seguimiento a los tratamientos.

Las mujeres y sus familiares requieren saber los riesgos de las enfermedades y sus procesos, desarrollar seguridad para expresarse tanto física como emocionalmente. Se recomienda promover la prevención no sólo de las enfermedades físicas sino de las mentales, con acompañamiento y activismo.

Hablar abiertamente de las problemáticas y actitudes de colaboración (apoyo, comunicación, trato con equidad) o las que perjudican (lástima, exclusión, injusta repartición de responsabilidades, devaluación) a quien padece una enfermedad, así como a su entorno.

## Referencias

- Cáceres-Manrique F., Amaya-Castellanos C., & Rivero-Rubio C. (2019). Gender inequalities in the health setting: The case of medicine. *Aquichan*, 19(2). DOI: 10.5294/aqui.2019.19.2.7
- Gómez, G. E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Equidad, género y salud: retos para la acción. Rev Panam Salud Pública*, 11(5/6). <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10734.pdf>
- Dallessandro, M. (2020). *La importancia de la perspectiva de género en salud*. Economía Feminista.



# Matrimonios y las Uniones Infantiles, Tempranas y Forzadas: Niñas y adolescentes como un objeto de consumo

*Gloria Contreras Jiménez  
Laura Georgina Ortega Luna  
Sandra Guevara Flores*

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Los Matrimonios y las Uniones Infantiles, Tempranas y Forzadas (MUITF) no son una problemática nueva, por el contrario, ha estado latente e invisibilizada en las realidades de las niñas y adolescentes, a lo largo de la historia y alrededor del mundo, bajo el discurso de usos y costumbres. Si bien los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecen la meta de “Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado” para el año 2030, México está muy lejos de cumplirla.

*“... en México se han impulsado estrategias punitivistas: en 2019 se realizaron modificaciones al Código Civil Federal y a los Códigos Civiles de 31 entidades federativas para prohibir las uniones antes de la mayoría de edad...”*



Para alcanzar la meta, en México se han impulsado estrategias punitivistas: en 2019 se realizaron modificaciones al Código Civil Federal y a los Códigos Civiles de 31 entidades federativas para prohibir las uniones antes de la mayoría de edad. Además, en 2023 se tipificó en el Código Penal Federal el delito denominado “cohabitación forzada”, el cual fue retomado en Oaxaca en 2024. Sin embargo, estas medidas no han sido acompañadas por políticas públicas integrales que permitan atender la problemática, por lo tanto,

dichas medidas son insuficientes, y han enviado a las sombras de la clandestinidad los casos de niñas y adolescentes que son coercionadas para unirse con una persona adulta.

De acuerdo con el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (2022), en la región se estima que 1 de cada 5 niñas se encuentra contrayendo o manteniendo una unión temprana forzada. Asimismo, se ha identificado que son las niñas y adolescentes que viven en zonas rurales o pertenecen a comunidades indígenas y afrodescendientes las que se encuentran en un mayor riesgo de enfrentar esta práctica. En el caso específico de México, la organización *Girl Not Brides* (2022 como se citó en Márquez, 2023) señala que el país se encuentra en el segundo lugar en uniones infantiles forzadas de América Latina, con un estimado de 1,421,000 uniones tempranas. Si bien se reconoce que esta práctica vulnera el desarrollo integral de las niñas y adolescentes, entonces ¿bajo qué trasfondo se legitima el comercio del cuerpo y la sexualidad de las infancias y adolescencias?

Para tener un mayor entendimiento de esta problemática es necesario generar un análisis sobre las estructuras de poder y desigualdad que coloca a las niñas y adolescentes en una desventaja frente a los hombres y el entorno social. La construcción del término MUITF ha buscado proyectar las realidades que enfrentan las infancias y adolescencias. Villeda (2021) reconoce que en las sociedades que se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extrema, es común ver las uniones de niñas y adolescentes sin su consentimiento libre e informado, por lo tanto, argumenta la necesidad de incluir el término “forzado” cuando se aborden los matrimonios y uniones infantiles, ya que esto permite

*“Si bien, se reconoce que esta práctica vulnera el desarrollo integral de las niñas y adolescentes, entonces ¿bajo qué trasfondo se legitima el comercio del cuerpo y la sexualidad de las infancias y adolescencias?”*



visibilizar la asimetría de poder a las que se enfrentan las niñas y adolescentes en estas prácticas socioculturales.

Como se mencionó en párrafos anteriores, los MUITF son justificados por los usos y costumbres, los cuales se promueven bajo la creencia de la inferioridad de las mujeres con respecto de los hombres (Jiménez y Hernández, 2022). Es por ello que se reconoce que esta práctica cosifica a las niñas y adolescentes para ser intercambiadas por un beneficio social, económico, y/o patrimonial para sus familias. Por lo tanto se considera que esta problemática se sustenta tanto en el sistema patriarcal, como en el capitalista (Jiménez y Hernández, 2022; Villeda, 2021).

Desde el sistema patriarcal son los hombres a quienes se les asigna la legitimidad social y cultural para convertir los cuerpos de las niñas y adolescentes en un objeto de deseo-control-placer, y lo institucionalizan a través del matrimonio. En otras palabras, para los hombres implica que su hombría y virilidad van a ser reforzadas y enaltecidas frente al entorno social; ritual que se vuelve cada vez más importante conforme avanza la edad de los hombres (Luna y Ramazzini, 2020; Villeda, 2021).

La mirada patriarcal dentro del sistema capitalista implica que se comercializa con el cuerpo, la sexualidad, la reproductividad y la autonomía de las niñas y adolescentes para que destinen su existencia al trabajo de cuidados, bajo el discurso de que es su obligación cumplir con las expectativas del entorno (Habermas, 1999; Martínez, 2020; Ortner, 2006). En este caso, las negociaciones las llevan a cabo los hombres, ya que tienen el capital económico y simbólico para ser considerados consumidores y

“...las negociaciones las llevan a cabo los hombres, ya que tienen el capital económico y simbólico para ser considerados consumidores y negociadores...”

negociadores, y por lo tanto son los que tienen el “derecho” de ser los “ganadores”. Por un lado, se tienen a las figuras masculinas de las familias de las niñas y adolescentes, quienes se beneficiarán. Por el otro, los agresores (Luna y Ramazzini, 2020).

De esta manera, las niñas y adolescentes se convierten en lo que Engels y Marx (1974) denominaron “la primera forma de propiedad”; esto implica que ellas son percibidas como un instrumento que permite satisfacer las necesidades familiares, siendo los hombres quienes fungen como patriarcas. De manera específica, el intercambio de la sexualidad de las niñas y adolescentes se da a través de exhortaciones religiosas y morales, con la finalidad de reforzar la creencia de que el valor de las mujeres dependerá de que cumplan con las imposiciones del entorno sobre con quién y desde cuándo deberán procrear (Foucault, 1998). De esta manera la sexualidad de las niñas y adolescentes está condicionada a la mejor oferta de intercambio de propiedad y de estatus social para la familia (Engels y Marx, 1974; Vidal, 2022).

Esta práctica ha encontrado legitimidad en lo que Weber (1964) llama el carácter tradicional. Lo que



implica que se le da mayor valor a la tradición de los MUITF, que a los impactos que puedan tener en la vida de las niñas y adolescentes, ya que perciben que el continuar con esta práctica es una forma de preservar una cultura.

Como se ha podido identificar, es claro que el sistema patriarcal y capitalista han construido un discurso sobre los MUITF, en el cual se considera como lícito el continuar con ellos, e ilícito el resistirse a la práctica.

## Referencias

- Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. (2022). Matrimonios y uniones infantiles tempranos y forzados profundizan las desigualdades de género. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [https://oig.cepal.org/sites/default/files/2022\\_folleto\\_muitf\\_es\\_0.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2022_folleto_muitf_es_0.pdf)
- Habermas, J. (1999). *Teoría de la acción comunicativa: Complementos y estudios previos*. Taurus.
- Jiménez, B., y Hernández, G. (2022). Factores de vulnerabilidad que influyen en el matrimonio infantil y uniones tempranas en adolescentes [Tesis de especialidad, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. <https://repository.uniminto.edu/items/c1d16b56-5793-4049-8316-69af84cad70c>
- Luna, J., y Ramazzini, A. (2020). ¿Cuál es el problema? Masculinidades y matrimonios infantiles, uniones tempranas y forzadas en las asimetrías del poder. *Revista Punto Género*, (13), 79-108. <https://doi.org/10.5354/2735-7473.2020.65115>
- Martínez, P. (2020). Gramsci a la luz de Marx: sobre ideología y hegemonía. *Foro Interno*, 20, 13-29. <https://doi.org/10.5209/foin.71840>
- Márquez, M. (20 de febrero de 2023). México ocupa el segundo lugar en uniones infantiles en América Latina. *Diario Rotativo*. [https://rotativo.com.mx/derechos-humanos/mexico-ocupa-segundo-lugar-en-uniones-infantiles-en-america-latina\\_1503188\\_102.html](https://rotativo.com.mx/derechos-humanos/mexico-ocupa-segundo-lugar-en-uniones-infantiles-en-america-latina_1503188_102.html)
- Marx, K., y Engels, F. (1974). *El manifiesto comunista*. Fondo de Cultura Económica.
- Ortner, S. (2006). *Anthropology and social theory: Culture, power, and the acting subject*. Duke University Press.
- Villeda, B. (2021). Matrimonios infantiles: uniones forzadas, embarazos y vulneración de derechos. *Revista Trabajo Social*, 1(39), 52-65. <http://revistasguatemala.usac.edu.gt/index.php/rets/article/viewFile/1620/1401>
- Vidal, M. (2022). La protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia que representa el matrimonio forzado. *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado*, 38, 279-317. [https://www.boe.es/biblioteca\\_juridica/anuarios\\_derecho/abrir\\_pdf.php?id=ANU-E-2022-10027900318](https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-E-2022-10027900318)
- Weber, M. (1964). *Economía y Sociedad*. Fondo de Cultura Económica.

# Despenalización del aborto en el Estado de México: aquello que dejaron en el cajón

*Luis Alfonso Guadarrama Rico*



El pasado 25 de noviembre diversos grupos feministas y activistas de la Marea Verde, celebraban que la LXII legislatura del Estado de México había aprobado una causal más para acceder al aborto seguro; permitiendo que las mujeres puedan decidir si quieren o no continuar con su embarazo, siempre que estén dentro de las primeras 12 semanas de gestación.

Se reformaron dos artículos del código penal de la entidad y otros dos fueron derogados, a efecto de que se deje de criminalizar a una mujer por decidir abortar, dentro del plazo estipulado. Socarronamente, hasta ahí quedó la sonada Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Enseguida una muestra de aquello que quedó almacenado en el cajón, en los borradores de la iniciativa o en un tintero neoconservador, que esta legislatura no dejó pasar.

I. Presupuesto asignado para crear, desde este mes de diciembre, las primeras unidades médicas especializadas en dar a las mexiquenses tan prometido acceso a un aborto seguro. Si la Ciudad de México, con nueve millones de habitantes, tiene 14 unidades médicas de este tipo ¿cuántas deberían crearse en una entidad con más de 17 millones de personas?

II. Las modificaciones correspondientes al interior del sistema de salud pública que opera en suelo mexiquense para asignar el suficiente personal gineco-obstétrico, de enfermería, psicología, trabajo social, laboratoristas y el respectivo personal administrativo, para ofrecer un servicio permanente, integral y seguro en materia de ILE.



III. Los protocolos correspondientes para resolver casos de objeción de conciencia que puede expresar (en su legítimo derecho) aquel personal de salud que no esté en condiciones axiológicas de participar en la ILE.

IV. Recursos económicos etiquetados para la inmediata compra de: ecógrafos; aspiradores manuales y eléctricos endouterinos para aplicar procesos de legrado; instrumental médico; medicamentos esenciales (mifepristona, misoprostol, analgésicos, entre otros); adquisición de diversos métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, instrumental y equipode laboratorio para detección, atención y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

V. Fondos públicos para la difusión permanente de campañas a favor de la salud sexual y reproductiva, incluida la ILE; la



ubicación precisa de cada unidad médica, horarios de atención y requisitos para acceder a la ILE.

VI. Creación de un sistema de información en línea, de acceso abierto, para dar cuenta a la ciudadanía sobre los casos atendidos (no de las personas) en cada una de las Unidades Médicas focalizadas en la ILE.

VII. El diseño y difusión de materiales digitales e impresos para dar a conocer a la ciudadanía y a la población en general, de qué trata el respeto a la salud reproductiva; el acceso al aborto seguro y sus condiciones, así como el lugar que ocupa la ILE en el país, como parte del derecho a la salud reproductiva y sexual.

Ojalá que diputadas progresistas como: Selina Trujillo Arimendi, Ana Leyva Piñón y Araceli Casasola, hagan de la ILE una realidad y no una aplazada promesa.

# COMUNICACIÓN, GÉNERO Y SALUD