

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A.C.



**LAS MUJERES OLVIDADAS DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO: LOS
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS TRABAJADORAS
SEXUALES**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN DERECHO

PRESENTA

SOFIA DEL CARMEN AGUIAR REYNOSO

DIRECTORA DE LA TESINA: DRA. XIMENA MARÍA MEDELLÍN URQUIAGA

CIUDAD DE MÉXICO

2021

Agradecimientos

A mi mamá y a mi papá, la vida no me va a alcanzar para agradecerles todo lo que han hecho y siguen haciendo por mí; este trabajo es más suyo que mío. Espero algún día enorgullecerlos tanto como ustedes a mí.

A mi primera mejor amiga, Victoria, por siempre creer en mí. Me inspiras todos los días.

A mis abuelas y papito, por cuidarme en tierra; a mis bisabuelos y a mi tata por cuidarme desde el cielo.

A Elena, Damaris, Frida y Mafer, por ayudarme a formar una casa tan lejos de mi hogar.

A Samara y Jimena, mis *coaches*, por ser mis mentoras, por confiar en mí. Gracias por enseñarme la importancia de la empatía en el aprendizaje y por construir un espacio lleno de amor y cariño para todas.

A Sara, Mayra, Ari y Fer, mis compañeras, por la paciencia y el amor. Gracias por dejarme crecer con ustedes y por ser mi segunda familia.

A Sebastián, gracias por escucharme, aunque no siempre me entendieras y por ser mi amigo por tantos años.

A todas mis profesoras y profesores.

A Ximena Medellín, por orientar mis ideas y aspiraciones; por confiar en mí y en mi trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	4
1. La concepción del derecho a la salud: la perspectiva nacional e internacional	4
A. Disponibilidad	6
B. Accesibilidad	6
C. Aceptabilidad	6
D. Calidad.....	7
2. Los derechos sexuales y reproductivos	7
A. La importancia de los derechos sexuales y reproductivos en la vida de las mujeres	8
B. Los derechos sexuales y reproductivos en la vida de las mujeres en edad reproductiva	9
3. La obligación de garantizar	10
A. La obligación de adoptar medidas	11
B. La progresividad y la no regresión	11
4. La Política Pública	13
A. La definición del problema en el diseño de la política pública	14
5. La interseccionalidad	15
6. El trabajo sexual	16
CAPÍTULO II.....	19
1. De la intervención por salud pública a la intervención por el derecho humano a la salud	20
CAPÍTULO III	23
1. Derechos sexuales y reproductivos en el Seguro Social	25
2. Los servicios requeridos por las trabajadoras sexuales jóvenes	26
3. Satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos de las trabajadoras sexuales	27
A. Año 2004.....	27
B. Año 2005.....	28
C. Año 2006	29

<i>D. Año 2007</i>	30
<i>E. Año 2008</i>	31
<i>F. Año 2009</i>	32
<i>G. Año 2010</i>	33
<i>H. Año 2011</i>	33
<i>I. Año 2012</i>	33
<i>J. Año 2013</i>	34
<i>K. Año 2014</i>	35
<i>L. Año 2015</i>	36
<i>M. Año 2016</i>	36
<i>N. Año 2017</i>	36
<i>O. Año 2018</i>	37
<i>4. Resultados del Seguro Popular</i>	37
CAPITULO IV	40
<i>1. El INSABI y los derechos sexuales y reproductivos</i>	41
CONCLUSIONES	43
REFERENCIAS	45
BIBLIOGRAFÍA	54

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.....	38
----------------	----

INTRODUCCIÓN

El derecho humano a la salud es un pilar para la realización del proyecto de vida de todas las personas. A partir de él, se crean ciertas obligaciones a cargo del Estado las cuales implican, entre otras, el deber de garantizar una serie de facilidades, condiciones, bienes y servicios que le permiten al individuo conseguir el máximo posible de bienestar físico y psicológico. Parte del contenido central del derecho a la salud se refiere a aquel que comprende la salud sexual y reproductiva, la cual incluye los servicios relacionados con la sexualidad y capacidad reproductiva de los sujetos de derechos.

En México, la mayoría de los programas de política pública relacionados con la garantía de derechos sexuales y reproductivos disponibles se enfocan en servicios de planificación familiar.¹ Estas decisiones de política pública dejan insatisfecha importantes dimensiones de los derechos referidos, incluida la protección de enfermedades de transmisión sexual y el tratamiento a violencia sexual y de género. Los estragos de estas deficiencias repercuten de manera especial cuando las personas que acceden a los servicios realizan actividades que acarrearán un riesgo intrínseco para el pleno disfrute del derecho a la salud. Entre estas personas, se incluyen a aquellas que se dedican al ejercicio del trabajo sexual voluntario.

En esta línea, la presente tesina indaga sobre la pregunta: ¿cómo han evolucionado las políticas públicas en materia de salud de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres en edad reproductiva que ejercen el trabajo sexual, en relación con la obligación estatal de garantía progresiva de los mismos? La hipótesis de la tesina es que, si bien pudo haber avances significativos en el acceso a la salud con la constitución de nuevos programas como el Seguro Popular o el INSABI, esto no se han traducido en la creación de medidas concretas, centradas y dirigidas a favor de las trabajadoras sexuales. Así, las trabajadoras sexuales en el país siguen pasando desapercibidas por la política pública en salud, que se niega a reconocerlas como titulares de derechos humanos.

El planteamiento de la presente tesina surge a partir de un análisis de los programas federales de seguridad sociales que pretendían alcanzar la cobertura universal de salud en el país, a saber, el Seguro Popular, ahora reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar

¹ Mónica Uribe Gómez, Katya Rodríguez Gómez y Marcela Agudelo Botero, *Salud sexual y reproductiva en México: determinantes sociales y acceso a los servicios del Seguro Popular* (México: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2015), 19.

(en adelante, INSABI). Ambos programas surgieron como un método de aseguramiento masivo de personas que no se encontraran en una situación laboral regular. A partir de ambos proyectos, el gobierno federal adquiriría de manera exclusiva la facultad de organizar los programas y orientar la agenda mínima de cuidado y protección de salud.² Es decir, si bien las entidades federativas podían desarrollar aspectos de la política pública que asegurara el derecho a la salud, ésta dependía de los planes y acciones prioritarias determinadas por el gobierno federal. En consecuencia, el análisis de la planeación e identificación general de la forma en que el Estado mexicano cumple con sus obligaciones de salud debe de partir del diseño instrumental de la política pública planteada por la federación.

La rectoría y orientación de los programas públicos, tanto del Seguro Popular como del INSABI, tiene efectos en la calidad de los servicios que son ofertados a las personas y, por ende, en la posibilidad de satisfacer las necesidades físicas, biológicas y sociales que le permitan a un individuo estar sano. Si bien toda deficiencia en la política pública afecta a todas las personas que son usuarias de estos servicios, lo cierto es que hay ciertos grupos de individuos que son más vulnerables de sufrir las consecuencias de una política de salud mal planteada.

Las trabajadoras sexuales, que son víctimas de violencia estructural y de marginación, estigmatización y discriminación por parte del Estado y de la sociedad en general, son más vulnerables a no encontrar sus necesidades médicas satisfechas. Este grupo de personas está conformado, en una gran proporción, por mujeres que, en su mayoría se introducen al mercado sexual antes de los veinticinco años,³ por lo que se encuentran en edad reproductiva. Esto quiere decir que las mujeres que acceden a los servicios de salud requieren una serie de servicios diferenciados debido al género y de la labor que éstas ejercen.

Aunque no se tiene certeza de cuántas son las mujeres trabajadoras sexuales que reciben protección al derecho a la salud a través de los servicios públicos ofertados por el Seguro Social y el INSABI, el análisis es relevante por dos razones. El primero, que estos sistemas tienen la pretensión de lograr una cobertura universal de salud en el país, lo cual forzosamente incluye a las trabajadoras sexuales. Y, el segundo, que los programas federales, al orientar la actuación

² Ley General de Salud [LAD], art. 77Bis 2, Diario Oficial de la Federación [DOF] 17-02-1984, última reforma 15-05-2003 (Mex.).

³ Fiona Cunningham y Kristine M. Jacquín, “The Age of Entry into Sex Work is a Myth”, *American College of Forensic Psychology*, (2018): 1.

de las entidades federativas, condicionan la forma en que satisface el derecho a la salud de las trabajadoras sexuales en todos los estados del país.

Con esto en mente, la tesina partirá de un análisis de los servicios ofertados año con año en el Seguro Popular para evaluar el desarrollo de la política pública. Particularmente, de la lista pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que incluye una descripción de la forma en que el listado de servicios ofertados se fue modificando. Como comentario metodológico, la lista de CAUSES no incluye una justificación de las razones detrás del aumento o disminución de servicios, por lo que no será objeto de análisis en la presente tesina.

Con respecto al programa del INSABI, no existe ninguna información disponible acerca de la lista de servicios que serán ofertados en el nuevo programa. Al momento de la redacción del presente se hicieron distintas solicitudes de transparencia ante autoridades federales para que fuesen proporcionados los datos respecto a los servicios que serían ofertados bajo el nuevo esquema de seguridad social; estos esfuerzos no tuvieron éxito hacia el momento de la conclusión de la presente tesina.⁴ En consecuencia, el apartado correspondiente al INSABI partirá del análisis del plan general del programa y de la limitada información pública que ofrece el Estado al respecto.

La tesina, pues, se dividirá en cinco secciones. En la primera, el marco conceptual, se explicarán los conceptos clave de la discusión respecto a la salud sexual y reproductiva de las trabajadoras sexuales. El segundo, el marco teórico, desarrollará el acercamiento del derecho a la salud de grupos vulnerables desde una perspectiva de derechos humanos. El tercero, el Seguro Popular, hará un análisis de la política pública de derechos sexuales y reproductivos en el marco de la creación del Sistema de Protección Social de Salud, cuyo brazo operativo fue el Seguro Social. El cuarto, el INSABI, hará un análisis del recién creado sistema de protección y seguridad social y la concepción de derechos sexuales y reproductivos desde este programa. Finalmente habrá una breve sección de conclusiones acerca de los hallazgos de la tesina, los retos de la investigación y las principales áreas de oportunidad de la política de salud en el país.

⁴ Al momento de la redacción final de la tesina, la autoridad de transparencia había sobrepasado su plazo para responder a la solicitud de información presentada y no había provisto de ninguna respuesta.

CAPITULO I

Marco conceptual

“El cuidado a la salud debe reconocerse como un derecho, no un privilegio”.

Bernard Sanders, *Health Care is a Human Right*, 2009.

Desde hace varias décadas, el debate público en muchos países ha prestado especial atención en la forma en que los Estados garantizan el derecho a la salud de todos sus habitantes. México no ha sido la excepción y, desde la década de 1980, ha habido varios momentos de la historia del país en que se ha replanteado profundamente la posición del Estado respecto a la salud de sus habitantes. El reto que implica garantizar el derecho de todas las personas del país es enorme en un país como México: los altos niveles de desigualdad, la falta de desarrollo de infraestructura y limitaciones presupuestales⁵ hacen difícil el lograr el objetivo de lograr una cobertura universal y satisfactoria del derecho a la salud.

Estas grandes barreras se intensifican, particularmente, para ciertos grupos marginalizados que se encuentran especialmente vulnerables a la falta de acceso a un nivel adecuado de servicios que satisfacen el derecho a la salud. Uno de estos grupos es el que corresponde al de las personas que ejercen el trabajo sexual. El presente capítulo pretende explorar los conceptos básicos de la política en salud del país. Se dividirá en seis secciones: la primera, contenido del derecho a la salud; la segunda, el alcance de los derechos sexuales y reproductivos; la tercera, la obligación de garantizar de los derechos humanos; la cuarta, la política pública; el sexto, el análisis interseccional; y, finalmente, la sexta, la conceptualización del trabajo sexual.

1. La concepción del derecho a la salud: la perspectiva nacional e internacional

En México el derecho a la salud se reconoció en 1984, cuando se reformó la Constitución para incluir, en su artículo cuarto, que “[t]oda persona tiene derecho a la protección y a decidir libremente la alternativa médica que desee usar para salvaguardar su salud”.⁶ Esta reforma incluía que las bases para garantizar el derecho a la salud debían estar establecidas en las leyes

⁵ Emma Aguila et al, “Inequality, Poverty and Social Policy in Mexico” en *United States and Mexico: Ties That Bind, Issues that Divide*, (Santa Mónica: RAND corporation, 2012), 103-128.

⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [CPEUM], art. 4, para. 4, Diario Oficial de la Federación [DOF] 7-02-1984, últimas reformas DOF 08-05-2020 (Méx.).

correspondientes a la materia. Sin embargo, la propia Constitución no define con claridad qué es y que implica el derecho a la salud.

De conformidad con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el derecho a la salud se escapa de una concepción biológica que entiende a la salud como la mera ausencia de enfermedades. Así, pues, este implica el entendimiento de una serie de derechos y libertades que le permiten al individuo estar *sano*. Así, particularmente el Artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales se refiere al derecho a la salud aquel que se refiere “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.⁷ Esta definición toma en cuenta que este derecho es requisito fundamental para el ejercicio del resto de derechos, incluyendo los derechos políticos, civiles, económicos, sociales y culturales.

La definición contenida en el Pacto y aceptada por la comunidad internacional no implica una obligación de los Estados de asegurar un alto nivel de salud debido a que hay condiciones que se escapan del control gubernamental como, por ejemplo, las enfermedades genéticas o la propensión individual a una afección. Así, el derecho a la salud debe ser entendido como aquel que permite el “disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.⁸ Es decir que para que el derecho a la salud esté satisfecho es necesario que los Estados se encarguen de adoptar medidas, políticas públicas e instrumentos dedicados a garantizar el derecho.

En México, esta concepción del derecho a la salud ha sido reconocida, no sólo a través de la ratificación de tratados internacionales, sino que también ha sido aceptada por las autoridades jurisdiccionales mexicanas. La jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (en adelante, SCJN) reconoce que la salud es un objetivo que el Estado puede y debe perseguir; en este sentido, el derecho a la salud tiene una importancia pública y privada.⁹ Adicional a esto, la SCJN ha reconocido que este derecho no se limita a la salud física del individuo, sino que comprende el buen estado mental y emocional de este.¹⁰ Además, las

⁷ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12, 16 de diciembre de 2020, UNGA 2200 A(XXI).

⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general núm. 14 (2000)*, El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, A/HRC/14/20 (25 de abril al 12 de mayo de 2000), 3, para. 9.

⁹ Derecho a la protección de la salud. Dimensiones individual y social. Pleno de la Suprema Corte de Justicia [SCJN] Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, tomo I, febrero de 2001, Tesis 1ª./J. 8/2019, Página 486 (Méx).

¹⁰ Derecho a la Salud. No se limita el aspecto físico, sino que se traduce en la obtención de un determinado bienestar general. Pleno de la Suprema Corte de Justicia [SCJN], Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, tomo XXX, diciembre de 2009, Tesis 1ª./J. 8/2019, Página 6 (Méx);

autoridades jurisdiccionales han recalcado el hecho de que México se ha comprometido a la aplicación progresiva del derecho a la salud y que tiene el deber de avanzar lo más expedita y eficazmente hacia la realización efectiva del derecho.¹¹

El derecho a la salud, reconocido tanto en el panorama nacional como internacional, tiene distintas manifestaciones de sí misma dependiendo de las características de la persona que busque acceder al derecho. Así, por ejemplo, el tipo de servicios será modificado dependiendo si se busca proteger la salud geriátrica, neonatal, pediátrica, sexual, reproductiva o cualquier otra de las manifestaciones en las que, por razones biológicas y sociales, requiere un trato diferenciado para satisfacer de manera integral el derecho. A pesar de estas diferencias, la salud en todas sus formas abarca ciertos niveles fundamentales a través de los cuales se debe realizar la política pública. Estos elementos son: la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de los servicios de salud¹² y cada uno de ellos es fundamental para garantizar y analizar el desarrollo progresivo del derecho humano a la salud.

A. Disponibilidad

El requisito de disponibilidad implica que cada Estado debe de contar con un número suficiente de programas, establecimientos, bienes y servicios públicos de la salud.

B. Accesibilidad

Este elemento implica que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas. Las cuatro dimensiones del del requisito de accesibilidad es que no se impongan medidas discriminatorias, que los establecimientos estén al alcance geográfico y económico de todas las personas y que los usuarios puedan acceder a servicios de información de salud.

C. Aceptabilidad

Este requisito es particularmente relevante en el caso de comunidades indígenas y pueblos originarios; en virtud de éste, todos los bienes y servicios deben ser respetuosos de la ética

¹¹ Derecho a la Salud. Impone al Estado obligaciones de garantizar que sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización. Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación [SCJN], Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, tomo XXXIV, agosto de 2011, Tesis P. XVI/2011, Página 29 (Méx);

¹² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general núm. 14 (2000)*, El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, A/HRC/14/20 (25 de abril al 12 de mayo de 2000), 4-6, para.12; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Indicadores de Derechos Humanos: guía para la medición y aplicación* (Nueva York: Naciones Unidas, 2012), 36; Amparo en Revisión 226/2020, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación [SCJN], 11 de noviembre de 2020, Página 6.

médica y ser culturalmente apropiados al contexto en el que se brindan las intervenciones de salud. Requiere, en especial, que todos los servicios sean sensibles a las particularidades que acarrea el género, la edad y la ocupación, entre otras características.

D. Calidad

Los servicios deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico. Incluye medicamentos, equipo hospitalario adecuado, personal medicamente calificado, entre otras cosas.

2. Los derechos sexuales y reproductivos

La salud sexual y reproductiva es una arista fundamental para la satisfacción del derecho a la salud de las personas. El goce pleno de este derecho es clave para la realización del proyecto de vida de las personas, por lo que requiere consideraciones particulares. Si bien el concepto de salud sexual y reproductiva suele utilizarse manera indistinta, existe una diferencia conceptual entre ambos que vale la pena de ser explicada. Por un lado, la salud sexual se refiere a un bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad.¹³ Por otro lado, la salud reproductiva hace referencia a la “capacidad de reproducirse y la libertad de adoptar decisiones informadas, libres y responsables”.¹⁴ Así como el derecho a la salud en abstracto, los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva deben analizarse conforme a los mismos criterios considerando las particularidades de los servicios que deben ser brindados para que el derecho sea satisfecho.

Lo cierto es que en México el derecho a la salud se enfrenta a una serie de dificultades importantes relacionadas, entre otras cosas, con los problemas infraestructurales y falta de presupuesto. Esta situación de acentúa en el caso de la salud sexual y reproductiva debido a la posición social de éstos en el contexto mexicano. Tanto en instancias judiciales como en creación de la política pública, los derechos sexuales suelen pasar desapercibidos y reciben poca atención por parte de los diseñadores de programas de salud.¹⁵ La presión de grupos sociales

¹³ Organización Mundial de la Salud, *Sexual Health, Human rights and the Law* (Ginebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2015), 5.

¹⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22 (2013), Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, E/C.12/GC/22 (2 de mayo de 2016), 3, para. 6.

¹⁵ Jimena Ávalos Capín, *Derechos sexuales y reproductivos* (México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2017), 2270. <https://www.rua.unam.mx/portal/recursos/ficha/74560/derechos-reproductivos-y-sexuales>.

conservadores y la imposición de concepciones morales y religiosas han limitado la forma en que estos derechos se garantizan en el país y el tipo de servicios que se proporcionan.

La resistencia, sin embargo, no debería servir de excusa para evitar que se garantice la salud sexual y reproductiva. Y, aunque usualmente las políticas y normativas están diseñadas para atender a la población en edad reproductiva, la salud sexual debe ser un derecho para todas las personas, sin importar la edad. Así, son importantes los servicios de planificación familiar, de servicios reproductivos, de tratamiento de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y el acceso a medicamentos apropiados para las necesidades particulares de las personas.

A. La importancia de los derechos sexuales y reproductivos en la vida de las mujeres

Si bien es cierto que las limitaciones al acceso de derechos sexuales y reproductivos tiene la potencialidad de afectar a todas las personas, existen ciertos grupos más vulnerables a sufrir las carencias de estos servicios. Uno de estos grupos es el de las mujeres que, debido a la condición de género y la capacidad reproductiva, requieren una serie de servicios específicos. En general, es común dirigir la política pública exclusivamente a satisfacer los derechos reproductivos; sin embargo, la sexualidad es igualmente importante para las mujeres. Así, la respuesta a los derechos sexuales y reproductivos debe reconocer el rol que el género tiene en todas las manifestaciones de sexualidad y la decisión de reproducirse.

La capacidad reproductiva de las mujeres hace imprescindible la realización de los derechos sexuales y reproductivos de manera diferenciada que la de los hombres debido a las distintas capacidades biológicas de ambos sexos. Así, los servicios de salud orientados a las mujeres deben, no sólo de eliminar todo obstáculo de acceso, sino que debe abogar por una reducción en tasas de mortalidad materna, la prevención de embarazos no deseados, la práctica de abortos seguros y el acceso a anticonceptivos adecuados y seguros, entre otros servicios.¹⁶ Los derechos sexuales y reproductivos, como condiciones necesarias para la realización del derecho a la salud, son condiciones necesarias para la realización progresiva de otros derechos humanos, por lo que los programas encargados de su satisfacción deben contemplar las distintas necesidades biológicas y sociales de los individuos que acceden a ellos.

Es igualmente importante aclarar que todas las mujeres deben gozar de una salud sexual y reproductiva que les permita tomar decisiones sin coerción, violencia o discriminación. Así,

¹⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22 (2013), Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, E/C.12/GC/22 (2 de mayo de 2016), 7, para. 28.

toda formulación de estos servicios e intervenciones médicas debe de hacerse responsable de la negociación que tienen estos derechos y los límites que existen debido a la disparidad en el poder y privilegios de los que gozan los hombres y carecen las mujeres.¹⁷ La política sexual debe asegurarse de eliminar todos los prejuicios relacionados con la forma en que se ejerce la sexualidad femenina para poder ser efectiva.

En este sentido, es importante aclarar que la forma en que las mujeres acceden a las políticas públicas de salud también depende de factores que escapan del género. Entre las mujeres con mayores dificultades, se encuentran las mujeres racializadas, solteras, jóvenes, indígenas y analfabetas, por decir algunas. Uno de los grupos de mujeres que perciben un tratamiento diferenciado de las políticas públicas, además de por su género, debido a su posición en la sociedad, son aquellas que ejercen el trabajo sexual. Las trabajadoras sexuales, debido a la marginalización y estigmatización social, aunado a las necesidades particulares de servicios para satisfacer las necesidades específicas del grupo, las hacen más vulnerables a un tratamiento inadecuado y satisfacción de sus necesidades médicas.

B. Los derechos sexuales y reproductivos en la vida de las mujeres en edad reproductiva

El inicio de madurez sexual de los individuos implica el desarrollo de la capacidad reproductiva de las mujeres. Al llegar la adolescencia las mujeres, los cambios biológicos hacen que las mujeres se encuentren mucho más expuestas que los varones a la violencia sexual y a ser víctimas de la estigmatización relacionada con el desarrollo de la sexualidad.¹⁸

El derecho a la salud, debido a la capacidad reproductiva de las mujeres debe de garantizarse de manera diferenciada. Así, las mujeres en espacios especialmente vulnerables requieren una serie de servicios diferenciados a aquellos de sus contrapartes varones o de mujeres en otros rangos de edad en los que no les es posible mantener el proceso biológico de la reproducción. En este sentido, la comunidad internacional ha reconocido la especial importancia de la accesibilidad de información¹⁹ para satisfacer los derechos sexuales y

¹⁷ Alice M. Miller, "Human Rights and Sexuality: First Steps Toward Articulating a Rights Framework for Claims to Sexual Rights and Freedoms", *Proceedings of the Annual Meeting (American Society of International Law)* 93, (March 24-27, 1999): 293.

¹⁸ Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, *Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development*, UNGA, A/HRC/29/33 (4 de abril de 2016) (por Anand Grover), 14.

¹⁹ Al respecto, la Observación Núm. 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (p. 6, para. 18) menciona la importancia de información relacionada con: planificación familiar, anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, prevención del VIH, planificación familiar, aborto, infertilidad y cáncer de sistemas reproductores.

reproductivos de las mujeres en edad reproductiva. La toma de conciencia de los jóvenes adultos debe de implicar que éstos sean capaces de tomar decisiones libres, conscientes e informadas del ejercicio de la sexualidad y de su reproducción.

3. La obligación de garantizar

El derecho a la salud es un derecho humano que le confiere ciertas obligaciones al Estado que tienen que ver con los servicios y bienes que son provistos a la población para garantizar un nivel de bienestar. Esta obligación de *garantizar* se encuentra en el artículo primero de la Constitución, junto con la obligación de respetar, promover y proteger todos los derechos humanos.²⁰ A continuación, se expondrán los alcances de la obligación de garantizar y la forma en que ésta se articula en el derecho a la salud.

La obligación de *garantía* implica que los Estados deben instituir el aparato gubernamental y las estructuras a través de las cuales se ejerce el poder público para asegurar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos.²¹ Es decir, la obligación no se refiere a una mera omisión de interferencia o de abstenerse de actuar en violación de los derechos humanos, sino que implica la toma de acciones positivas. Estas actuaciones consisten en todas aquellas que resulten necesarias para que las personas que se encuentren dentro de la jurisdicción del Estado puedan ejercer y gozar de sus derechos humanos.²² Por ende, la satisfacción de los derechos depende de que el Estado éste elabore una serie de normas y programas a través de los cuáles los particulares satisfagan el derecho, sin ninguna limitación.

Todas las acciones realizadas por los Estados dependen, en gran medida, del derecho que debe ser garantizado. En el caso de derecho a la salud, éste implica la creación de un sistema integral de salud a través del cual se concreten todas las acciones afirmativas necesarias para mantener la salud de las personas que acceden a los servicios. Sin embargo, en términos generales, existen dos conceptos claves para entender la forma en que se garantizan los derechos

²⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [CPEUM], art. 4, para. 4, Diario Oficial de la Federación [DOF] 7-02-1984, últimas reformas DOF 08-05-2020 (Méx.).

²¹ Eduardo Ferrer Mac-Gregor y Carlos María Pelayo Moller, “La obligación de “respetar” y “garantizar” los derechos humanos a la luz de la jurisprudencia de la Corte Interamericana”, *Estudios Constitucionales* 10, núm. 2 (2012): 154.

²² Cecilia Medina Quiroga, *La Convención Americana: vida, integridad personal, libertad personal, debido proceso y recurso judicial* (San José, Chile: Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho Universidad de Chile, 2005), 16-17.

humanos: la obligación de adoptar medidas adecuadas y el principio de progresividad y no regresión.

A. La obligación de adoptar medidas

La obligación de adoptar medidas se encuentra en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Políticos.²³ En este tratado internacional, se dispone que todos los Estados, con el fin darles plena efectividad y desarrollo progresivo de todos los derechos, deben de adoptar aquellas medidas necesarias para su realización. Esto implica acoger todas las acciones apropiadas, tales como “leyes, estrategias políticas o programas para asegurar que se cumplan las obligaciones específicas”²⁴ necesarias para asegurar el derecho a la salud. El Estado tiene la obligación de revisar toda la regulación existente de manera periódica y derogar, enmendar y modificar todas aquellas que sean incompatibles con la satisfacción del derecho. La idea de adopción de medidas tiene que ver con la posición que el Estado debe de tomar para satisfacer los derechos que no es de mera pasividad, sino también la toma de acciones positivas.

La adopción de medidas, pues, incluye aquellas que sean de carácter legislativo hasta las de carácter administrativo, financiero, educacional y social. Lo cierto es que la obligación de adoptar medidas está limitada al máximo de recursos disponibles, que comprende aquellos existentes dentro del Estado y los que ponga a disposición la comunidad internacional. El hecho de que exista esta limitación no “modifica el carácter inmediato de la obligación, de la misma forma que el hecho de que los recursos sean limitados no constituye en sí mismo una justificación para no adoptar medidas”.²⁵ Esto significa que si bien se reconoce los recursos limitados con los que puede contar un Estado para garantizar un derecho, esto no elimina la obligación apremiante de tomar medidas ni sirve como justificación para no hacerlo. Así, los Estados deben demostrar que han realizado todos los esfuerzos posibles, dados los recursos disponibles, para satisfacer las obligaciones mínimas relacionadas con el derecho a la salud.

B. La progresividad y la no regresión

²³ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 1, para. 1, 16 de diciembre de 2020, UNGA 2200 A(XXI).

²⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 19, El derecho a la seguridad social, E/C.12/GC/19 (4 de febrero de 2008), 19, para. 67.

²⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el “máximo de los recursos de que disponga” de conformidad con un protocolo facultativo del pacto, E/C.12/2007/1 (21 de septiembre de 2007), 2, para. 4.

Los derechos humanos deben ser garantizados a través del principio de progresividad y de no regresión, ambos íntimamente relacionados. El principio de progresividad está contenido en la Constitución mexicana²⁶ y ha sido reconocido por distintas organizaciones internacionales. El principio de progresividad, de acuerdo con la jurisprudencia de la SCJN se refiere a aquel que ordena ampliar la protección de los derechos humanos para garantizar su plena efectividad.²⁷ En el sentido contrario, el principio de no regresividad se refiere a una prohibición de las autoridades de emitir actos que “limiten, restrinjan, eliminen o desconozcan el alcance y la tutela que en determinado momento ya se reconocía a los derechos humanos”.²⁸

El principio de progresividad reconoce las realidades materiales y humanas que pueden dificultar la satisfacción de un derecho; sin embargo, impone la obligación Estatal de actuar lo más expedita y eficazmente para lograr el objetivo de cobertura de salud.²⁹ Ambos principios sirven para evaluar cualquier tipo de actuación Estatal en la que se trate con derechos humanos contenidos en la CPEUM o en los tratados internacionales de los que México sea parte. Es decir, implica una obligación de reconocer el grado de cobertura de un derecho humano y continuar orientando los esfuerzos para ampliar la satisfacción del propio derecho.

Ambos principios son fundamentales para entender la forma en que las actuaciones estatales ayudan a garantizar un derecho humano, en la medida en que permiten establecer parámetros claros de protección. En este sentido, la noción de regresividad es comúnmente usada para evaluar los resultados de una política pública siempre que los resultados de estas hayan implicado un retroceso en la forma en que se garantizaba el derecho humano.³⁰ Y, por lo tanto, lo mismo puede decirse del principio de progresividad. Ambos principios están

²⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [CPEUM], art. 1, para. 3, Diario Oficial de la Federación [DOF] 7-02-1984, últimas reformas DOF 10-06-2011 (Méx.).

²⁷ Principio de progresividad de los derechos humanos. La prohibición que tienen las autoridades del Estado mexicano de adoptar medidas regresivas no es absoluta, pues excepcionalmente éstas son admisibles si se justifican plenamente. Pleno de la Suprema Corte de Justicia [SCJN] Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Décima Época, tomo I, octubre de 2017, Tesis 1ª/J. 87/2017, Página 188 (Méx.).

²⁸ Principio de progresividad de los derechos humanos. Su concepto y exigencias positivas y negativas. Pleno de la Suprema Corte de Justicia [SCJN] Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, tomo I, octubre de 2017, Tesis 1ª/J. 85/2017, Página 189 (Méx.).

²⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 3 de La índole de las obligaciones de los Estados Parte, E/1991/23 (14 de diciembre de 1990), 3, para. 9.

³⁰ Christian Courtis, “La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales: apuntes introductorios”, en *Ni un paso atrás. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*, coord. Christian Courtis, (Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales, 2006), 3-5.

fuertemente ligados con la obligación estatal de adoptar medidas para garantizar los derechos humanos.

4. La Política Pública

Garantizar los derechos humanos, entre ellos el derecho humano a la salud, le impone al Estado mexicano la obligación de actuar de manera eficaz y asertiva para hacer de la salud una realidad para todas las personas. La realización de los de derechos humanos requiere, pues, una actuación real de los gobiernos y no una mera omisión de abstenerse de actuar de manera contraria a los derechos humanos. Estas formas de intervención suelen ser a través de las políticas públicas.

Las políticas públicas se refieren a “un plan específico de acción, un plan limitado, orientado hacia el logro de objetivos relacionados con la solución de problemas específicos y con la mejora de situaciones de visa social”.³¹ Es decir, es un mecanismo a través del cual el Estado pretende modificar el *statu quo* a través de una intervención consciente, concreta y dirigida. A través de la política pública se pretende que los objetivos y valores contenidos en la agenda pública sean reconocidos por la burocracia gubernamental y que ésta se encargue de hacerlos una realidad.

Así, la administración pública en un Estado democrático se convirtió en el agente responsable de crear, formular y ejecutar los planes y programas de desarrollo exigidos por la sociedad. La política pública, para diseñarse, requiere una evaluación del Estado del problema o situación que se pretende modificar y la forma en que estas intervenciones son adecuadas para solucionar los problemas. El elemento necesario de las políticas públicas es el de la coherencia, que significa que cada uno de los programas tenga claramente definido “su objetivo, las actividades que se realizarán para alcanzarlo, los responsables y los indicadores que se utilizarán para monitorear y evaluar objetivamente sus resultados”.³² Es decir, requiere de una actividad consciente de la autoridad gubernamental para garantizar la efectividad de la política pública como un verdadero solucionador de problemas.

En la construcción de una política pública, cada etapa de diseño es importante porque constituye un espacio de decisión en las que se toman en cuenta criterios éticos y políticos. El ético porque, al definir sobre los instrumentos de política, se deciden sobre una elección de

³¹ Luis F. Aguilar, “Introducción”, en *Política Pública*, comp. Luis F. Aguilar (México: Grupo Editorial Siglo XXI, 2010), 31.

³² Guillermo M. Cejudo y Cynthia L. Michel, “Coherencia y políticas públicas. Metas, instrumentos y poblaciones objetivo”, *Gestión y Política Pública* XXV, núm. 1 (Primer semestre de 2016): 20.

valores y el político porque implica el uso de autoridad Estatal.³³ Todos los momentos de decisión a través de los cuales se diseña la política pública debe ser consciente de los derechos humanos porque, a través de ella, se materializa la manera en que el Estado los garantiza. Además, el periodo de revisión y modificación de la política pública no puede provocar una regresión en la forma en que se satisfacen los derechos humanos de las personas que interactúan dentro de los instrumentos públicos, la cual siempre debe aportar al desarrollo progresivo de los derechos humanos.

Es especialmente relevante en un contexto como el mexicano el crear política pública que sea accesible para todas las personas. La lógica de un Estado federal, en la que una pluralidad de normatividad y autoridades interactúan, requiere de una creación de la política pública que no provoque una satisfacción diferenciada de los derechos.³⁴ Es decir, a pesar de que existan una diversidad de políticas públicas a nivel local, es necesario que todas estén orientadas a garantizar un mismo derecho.

A. *La definición del problema en el diseño de la política pública*

Uno de los elementos más importantes para diseñar la política pública es, primordialmente, la definición del problema. Esto implica que, al momento de identificar un problema, éste sea desagregado por sus causas y localizar vías para solucionar y atenderlo, además de encontrar medios factibles para modificar su existencia.³⁵ En otras palabras, para que la política pública sea exitosa, requiere un análisis integral de la definición del problema situado en un momento y la forma en que los usos de recursos estatales son capaces de modificar el *statu quo* de una situación.

El riesgo inmediato de no tener un problema definido de la política pública es que ésta no pueda satisfacer su objetivo. En un contexto en el que son las oficinas burocráticas las encargadas de la implementación de la política pública, la ausencia de una definición explícita del problema y de la existencia de propósitos ambiguos, los procedimientos formales pueden ser utilizados para desviar los recursos en favor de intereses individuales de las personas

³³ Cejudo y Michel, “Coherencia y políticas públicas”, 21.

³⁴ Mauricio Merino, “Muchas Políticas y un solo derecho”, en *Democracia, Transparencia y Constitución. Propuestas para un debate necesario*, coord. Sergio López Ayllón (México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2006), 127.

³⁵ Mauricio Merino, “Los programas de subsidios al campo. Las razones y las sinrazones de una política mal diseñada” (Colección Documentos de Trabajo del Centro de Investigación y Docencia Económicas, núm. 229, 2009), 3-5.

encargadas de la implementación.³⁶ La ambigüedad y mala definición del tema termina por hacer de la política una ineficiente, que termina en una distribución inadecuada de los recursos económicos destinados a la misma.

En suma, la definición de un problema es la primera parte del diseño de la política pública, por lo que, de no hacerse correctamente, condiciona la efectividad de la política. Sin embargo, lo cierto es que las políticas públicas también requieren de ser analizadas de manera periódica para comprender la forma en que el derecho se materializa y esto puede ser igual de relevante para el éxito a largo plazo de una política pública. En este sentido, un elemento clave para analizar la política pública es comprender cómo los actores beneficiarios de la ésta interactúan con ella, con especial énfasis en las personas vulnerables que suelen tener mayores dificultades para acceder a programas estatales.

5. *La interseccionalidad*

El concepto de interseccionalidad fue introducido por la jurista Kimberlé Crenshaw como una crítica a desde los estudios feministas y raciales a la dogmática jurídica.³⁷ La interseccionalidad se formuló para representar que la posición de las mujeres afroamericanas era de subordinación respecto de aquellas mujeres blancas y de los hombres afroamericanos, debido a las condiciones de género y la raza. La doble opresión causaba una marginalización que usualmente el sistema legal ignoraba.

El concepto de interseccionalidad comenzó a ser utilizado en distintos espacios académicos, en el que se incluía la política pública. Dentro del análisis de política pública, la interseccionalidad se convirtió en un método que permitía identificar aquellas causas de desigualdad entre distintos grupos sociales.³⁸ Así, a través de él se reconoce que existen grupos y sectores de la población que tienen más dificultades para acceder y obtener reconocimiento por parte del ordenamiento jurídico. Pronto la interseccionalidad dejó de utilizarse únicamente para explicar la desigualdad debido al género y la raza para incluir categorías de análisis tales

³⁶ Mauricio Merino, *Políticas Públicas: Ensayo sobre la intervención en la solución de problemas públicos* (México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2014), 49-51.

³⁷ Andrea Catalina Zota-Bernal, "Incorporación del análisis interseccional en las sentencias de la Corte IDH sobre grupos vulnerables, su articulación con la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos", *Revista de la Cultura de la Legalidad*, núm. 9 (octubre 2015-marzo 2016), p. 68.

³⁸ Helma Lutz, "Intersectionality as a Method", *Journal of Diversity and Gender Studies* 2, núm. 1-2 (2015): 39.

como la edad, el nivel socioeconómico, la identidad de género, la discapacidad y la labor que se desempeña, por mencionar algunas.

Para compensar estas diferencias, la interseccionalidad permite identificar las distintas formas en que la política pública excluye a las personas.³⁹ A través de ésta se reconoce que un enfoque o acercamiento único a todos los actores sujetos de la política pública no funciona y que se requiere un tratamiento diferenciado en función de las causantes de desigualdad.⁴⁰ Lo que pretende el análisis desde la interseccionalidad es que los grupos más vulnerables no queden fuera de la política pública.

En suma, la interseccionalidad permite un análisis real de la política pública porque explica la manera en que la inequidad moldea la experiencia de los receptores de esta.⁴¹ La realización progresiva de los derechos humanos obliga a un análisis en el que se tome en cuenta cómo los grupos más vulnerables y encuentran satisfechos las necesidades mínimas de atención a través de la política pública. Así, a partir de una concepción robusta de los derechos humanos deviene un acceso equitativo de todas las personas a las políticas públicas.⁴²

Tal como fue expuesto con anterioridad, la situación de marginalización debido a la labor o del género pueden afectar la forma en que los actores acceden a la política pública. Uno de los grupos que, dada su vulneración social, puede enfrentarse a mayores dificultades para acceder a un servicio de calidad apropiado para sus necesidades es el de las personas que ejercen el trabajo sexual.

6. El trabajo sexual

El tratamiento que ha recibido el trabajo sexual ha variado mucho a lo largo de la historia. La complejidad del fenómeno hace muy difícil conceptualizar y comprenderlo ya que este depende, en gran medida, del lugar en donde se ejerce, las situaciones en las que se consiguen *clientes*, el tipo de servicios que se ofrecen y la frecuencia con que se hace. La presente tesina pretende

³⁹ Sumi Cho, Kimberlé Williams Crenshaw y Leslie McCall, "Toward a field of Intersectionality Studies: Theory, Applications and Praxis", *Journal of Women in Culture and Society* 2, núm. 4 (verano 2013): 799.

⁴⁰ Olena Hankivsky y Renee Cormier "Intersectionality and Public Policy: Some Lessons from Existing Methods", *Political Research Quarterly* 64, núm. 1 (marzo 2011): 218.

⁴¹ John Paul Catungal. "Critic, advocate, enforcer: the multiple roles of academics in public policy", en *Engaging with Policy, Practice and Publics. Intersectionality and Impacts*, eds. Marie Hall y Ralitsa Hiteva (Bristol: Bristol University Press, 2020): 135-137.

⁴² Caroll Seron, "The Two Faces of Law and Inequality: From Critique to the Promise of Situated, Pragmatic Policy", *Law & Society Review* 50, núm. 1 (March 2016): 28.

partir de la definición aportada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y reconocida por la OMS⁴³ que plantea un concepto de trabajadores sexuales como: mujeres, hombres y adultos transgéneros, así como jóvenes adultos (de 18 a 24 años) que reciben dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea de manera regular u ocasional.⁴⁴

Esta definición apunta al trabajo sexual en la que se incluyen una variedad de conductas de ejercicio de este. Bajo este concepto se encuentran todas las personas que consideran el trabajo sexual su única forma de ingreso y aquellos que lo hacen de manera ocasional, también a aquellas personas que se organizan en grupos para practicar el trabajo sexual o que lo hacen por su cuenta y la definición es independiente del lugar en que se busca clientes o el lugar donde se ejerce. Esta tesina parte de esta conceptualización porque plantea el trabajo sexual que se ejerce de manera voluntaria, aun así, no ignora que existe una realidad social que implica la trata de personas en el que la que no hay una decisión de ejercer el trabajo sexual, sino que las personas son obligadas a hacerlo.

Esta tesina reconoce que actualmente hay un debate importante respecto al trabajo sexual, especialmente en espacios feministas. Existen espacios de debate feminista en los que se aboga por el pleno reconocimiento del trabajo sexual en la medida en que éste es una forma de expresión de la autonomía de aquellas mujeres que lo ejercen. También existen diversas posturas feministas que abogan por el abolicionismo del trabajo sexual, ya que consideran que este descansa sobre la base patriarcal de violencia y subordinación de la mujer.⁴⁵ La presente tesina no pretende hacer una evaluación de este debate, simplemente busca hacer un recuento de la forma en que las mujeres que ejercen el trabajo sexual acceden a los servicios públicos de salud en el país. Así, el trabajo únicamente parte de que es una obligación del Estado mexicano crear una infraestructura capaz de garantizar el derecho de todas las personas al goce de salud.

La consideración teórica de la tesina es únicamente que cualquier planteamiento de la política de salud no debería de partir de la criminalización del trabajo sexual, sino de que el Estado mexicano tiene el deber de garantizar el derecho a la salud de todas las personas. En

⁴³ Organización Mundial de la Salud, *Prevention and Treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low-and middle-income countries. Recommendations for a public health approach* (Ginebra: WHO library Cataloguing-in-Publication Data, 2012), 12.

⁴⁴ United Nations AIDS, *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work*, (Ginebra: UNAIDS, 2012), 3.

⁴⁵ Michelle Madden Dempsey, "Sex trafficking and criminalization: in defense of feminist abolitionism", *University of Pennsylvania Law Review* 103, núm. 5 (2010): 1733.

consecuencia, la tesina rechaza una perspectiva de criminalización del trabajo sexual⁴⁶ debido a que éste limita las posibilidades de aquellos que lo ejercen de acceder a servicios de salud, promueve la estigmatización y aumenta la violencia y acoso, así como deteriora las condiciones en que se ejerce el trabajo sexual.

⁴⁶ Al respecto, vease: Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, *Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development*, UNGA, A/HRC/29/33 (4 de abril de 2016) (por Anand Grover), 12, para. 36.

CAPÍTULO II

Marco teórico

“El progreso verdadero hacia la igualdad de género, la justicia de género y la satisfacción de los derechos humanos de las mujeres debe ser inclusivo de todo de todas las mujeres, incluyendo a las trabajadoras sexuales”

Global Network of Sex Workers Project, *Beijing +25 Feminist Declaration*, 2020.

El debate en torno al trabajo sexual ha existido desde hace varios siglos. Las personas que ejercen el trabajo sexual de manera voluntaria suelen verse como inmorales y, por ende, son víctimas de una profunda discriminación, estigmatización y marginalización.⁴⁷ La respuesta dada por el gobierno al trabajo sexual ha perpetuado estas conductas violentas a través de una regulación basada en mayor medida en el estigma que en los verdaderos riesgos que opone el trabajo sexual. Los modelos regulatorios han ignorado la realidad a la que se enfrentan las y los trabajadoras sexuales y las intervenciones de política pública han resultado poco efectivas.

Esto ha provocado que la regulación de trabajo sexual se haya basado en intervenciones para aminorar el riesgo del trabajo sexual al resto de la población, sin rendir cuentas de los peligros que opone para las personas que efectivamente lo ejercen. Así, por ejemplo, únicamente se trata con las y los trabajadoras sexuales cuando existe un brote de enfermedades de transmisión sexual o cuando se busca eliminar a los trabajadores sexuales de ciertos espacios públicos (por ejemplo, lejos de iglesias o escuelas). La política pública no se ha concentrado en atender a las necesidades del grupo, sino que únicamente pretende reducir y alejar al resto de la sociedad de este. El problema no es menor, las y los trabajadores sexuales son sujetos de derechos humanos de la misma manera que el resto de la población y, sin embargo, suele ser la última prioridad a la hora de diseñar la política pública que les afecta directamente.

En esta sección se explorará por qué es necesaria la implementación de una política pública basada en los derechos humanos de las personas que ejercen el trabajo sexual. El capítulo discutirá respecto a un enfoque de derechos humanos de la política de salud pública y las necesidades de atención médica de las y los trabajadores sexuales que los distinguen de otros grupos.

⁴⁷ Ivan Wolffers y Nel van Beleen, “Public Health and the human rights of sex workers”, *The Lancet* 361 (7 Junio 2013): 1981.

1. De la intervención por salud pública a la intervención por el derecho humano a la salud

A partir de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la política en salud se vio en la necesidad de acercarse a los trabajadores sexuales como una manera de controlar la propagación del virus. Hacia ese momento, las políticas de salud en el mundo habían ignorado prácticamente de manera total a las trabajadoras sexuales y el mundo regulatorio en torno al trabajo sexual seguía basado en la criminalización.⁴⁸ Esto implicaba que a través del derecho penal se sancionaba el trabajo sexual por ser considerado demasiado gravoso para la sociedad.

La criminalización, sin embargo, probó no ser efectiva para combatir el trabajo sexual. Así, desde 2006 la Organización de las Naciones Unidas⁴⁹ ha abogado por la eliminación de normas punitivas en contra de las trabajadoras sexuales. En estas recomendaciones se apuntaban a una necesidad de descriminalizar al trabajo sexual voluntario y pasar a una regulación que protegiera la salud y seguridad de la persona que ejerce el trabajo sexual y del *cliente*. La criminalización representaba una barrera para acceder a los servicios de salud, lo cual resultaba en un detrimento al derecho a la salud de las personas que ejercían el trabajo sexual, en la medida en que éstas temían prosecución por acceder a servicios que mejoraran su salud.⁵⁰ Pronto, la mayoría de los países se alejaron de un modelo de criminalización y se orientaron a la regulación del trabajo sexual.

En México, el trabajo sexual⁵¹ no se encuentra regulado de manera federal y únicamente se hace referencia a él a través de la Ley General en materia de trata de personas, en la que se sanciona que un tercero obtenga ganancias derivadas de la explotación sexual de un individuo.⁵² Sin embargo, también ha sido reconocido por las autoridades jurisdiccionales que el trabajo sexual es distinto en la medida en que, cuando se hace libre y voluntariamente, éste es objeto de

⁴⁸ Global Network of Sex Work Projects, “Sex Work and the Law: Understanding Legal Frameworks and the Struggle for Sex Work Law Reforms”, *Briefing Paper*, núm. 7, 2-8.

⁴⁹ United Nations AIDS, *UNAIDS Guideline Note on HIV and Human Rights*, (Ginebra: UNAIDS, 2006), 29.

⁵⁰ Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, *Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development*, UNGA, A/HRC/29/33 (4 de abril de 2016) (por Anand Grover), 12, 36.

⁵¹ Usualmente se hace referencia a la prostitución y al trabajo sexual de manera indistinta.

⁵² Ley general para prevenir, sancionar y erradicar los delitos en materia de trata de personas y para la protección y asistencia a las víctimas de estos delitos [LGPSEDMTPPAVD], art. 10-13, Diario Oficial de la Federación [DOF] 14-06-2012, últimas reformas DOF 14-06-2012, (Méx.).

protección por el derecho al trabajo en el artículo quinto constitucional.⁵³ Esto ha abierto la puerta a la posibilidad de regular de manera amplia el trabajo sexual voluntario y, sin embargo, esto no ha sucedido. A nivel local, las entidades federativas han dado un trato muy diverso al trabajo sexual y a nivel federal no existe una regulación uniforme del mismo.

Así, es cierto que buena parte de la regulación está basada únicamente en atender a la trata de personas y, sin embargo, ésta ignora que el trabajo sexual, independientemente si es voluntario o no, le opone riesgos reales a la salud y bienestar de las personas que lo ejercen.⁵⁴ Para contrarrestar estos efectos negativos y los riesgos que el trabajo sexual presenta es necesario el diseño de una política pública respetuosa de los derechos humanos que atiendan las necesidades de salud de aquellas personas que ejercen el trabajo sexual que, usualmente, suelen verse inmediatamente afectados por el contexto de estigma en el que se desempeñan.

Para hacer del trabajo sexual una labor segura, los derechos humanos de las personas que lo ejercen debe ser una realidad. La perspectiva de derechos humanos apuesta por una realización progresiva del derecho que incluya a todas las personas en todos los contextos. En el contexto del derecho a la salud, la interseccionalidad juega un papel vital porque permite reconocer la manera en que los trabajadores sexuales se insertan en los servicios de salud y como éstas limitan la satisfacción del derecho a la salud. Así, el trabajo sexual no debería ser analizado únicamente por los riesgos que éste le opone al resto a la sociedad, sino por los riesgos que enfrentan aquellos que lo desempeñan.

El hecho de que la mayor parte de la discusión en torno al trabajo sexual se haya volcado hacia las víctimas de trata ha provocado que las personas que lo ejercen de manera voluntaria sean invisibilizadas y la política de salud no los tome en cuenta.⁵⁵ Alejarse de la criminalización tiene ventajas, pero no soluciona el problema de fondo porque sigue sin reconocer a los trabajadores sexuales como sujetos de derecho. El trabajo sexual no es un trabajo más⁵⁶ y

⁵³ Trata de personas en su modalidad de obtener un beneficio para la explotación de una o más personas mediante la prostitución y aprovechando una situación de vulnerabilidad. Elemento que diferencia a este delito de la organización libre y voluntaria en el desempeño del trabajo sexual. Pleno de la Suprema Corte de Justicia [SCJN] Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, tomo I, octubre de 2017, Tesis I.7°. P.75, Página 3225.

⁵⁴ Agnés Binagwaho et al, “Developing Human Rights-Based Strategies to Improve Health Among Female Sex Workers in Rwanda”, *Health and Human Rights* 12, núm. 2 (diciembre 2010): 89-91.

⁵⁵ Cheryl Overs y Kate Hawkins, “Can rights stop the wrongs? Exploring the connections between framings of sex workers’ rights and sexual and reproductive rights”, *BMC International Health and Human Rights*, núm. 11 (2011): 63-64.

⁵⁶ Adrienne D. Davis, “Regulating Sex Work: Erotic Assimilationism, Erotic Exceptionalism, and the Challenge of Intimate Labor”, *California Law Review* 103, núm. 5 (octubre 2015): 1203-1205.

pensarlo así ignora los riesgos que éste opone y la necesidad de que la política pública los reconozca y, con base en los derechos humanos, emita una política pública apropiada para todas las personas que lo ejerzan.

Una vez establecida la necesidad de entender a la política pública como un mecanismo para asegurar el derecho a la salud de las personas, es necesario mencionar cuáles son las necesidades particulares a las que se enfrentan las y los trabajadores sexuales para considerar satisfecho su derecho a la salud. El trabajo sexual viene acompañado de un mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual, de violencia y servicios adicionales en relación con el embarazo y el aborto.⁵⁷ Además, la política de atención tiene que hacer un esfuerzo por atraer a los grupos vulnerables en la medida en que éstos suelen acudir con mayor renuencia a los servicios públicos debido a la previa discriminación sufrida en instancias públicas de salud.⁵⁸ El derecho a la salud tiene una mayor relación con asesoramiento, prescripción de medicina y terapia que suelen no estar garantizadas en los servicios públicos de salud.⁵⁹ Todos estos factores de riesgo deben ser tomados en cuenta a la hora de diseñar la política pública en la que se introduzcan las trabajadoras sexuales.

⁵⁷ Colin Binns y Wah-Yun Low, “Sex Workers Need Public Health Too”, *Asia Pacific Journal of Public Health* 27, núm. 8 (diciembre 2015): 804-805.

⁵⁸ Cesar Infante, Sandra G. Sosa-Rubi y Silvia Magali Cuadra, “Sex Work in Mexico: Vulnerability of Male, Travesti, Transgender and Transsexual Sex Workers”, *Culture, Health and Sexuality* 11, núm. 2 (febrero 2009): 130-135.

⁵⁹ Cecilia Benoit, Nadia Ouellet y Miket Jansson, “Unmet health care needs among sex workers in five census metropolitan areas of Canada”, *Canadian Journal of Public Health* 107, núm. 3 (2016): 269.

CAPÍTULO III

El Seguro Popular

“Nuestros esfuerzos buscarán darle visibilidad operativa y financiera al Seguro Popular, como la herramienta más democrática de la Seguridad Social”

Vicente Fox Quezada, *Informe presidencial*, 2006.

Hacia antes del inicio del milenio, México contaba con una infraestructura limitada de seguridad social que garantizara el derecho a la salud de todos sus habitantes. Antes del año 2003, existían cuatro proyectos que brindaban servicios integrales de salud: el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Seguros Sociales de los Trabajadores del Estado), que brinda atención a empleados burocráticos; el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), que proporciona servicios a trabajadores en una relación patronal; el Ejército y Petróleos Mexicanos (PEMEX) que brinda atención a sus miembros. Bajo este arreglo, cerca de la mitad de la población, que depende fuertemente de los empleos informales, carecía de seguro médico y sin poder acceder a un mecanismo público de salud.⁶⁰

Durante el sexenio del presidente Ernesto Zedillo, hubo un gran esfuerzo por la descentralización de los servicios prestados por la Secretaría de Salud, por lo que se firmó el “Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud”.⁶¹ Cada entidad federativa, a través del acuerdo, se comprometió a crear organismos descentralizados para agrupar recursos —materiales y financieros— para garantizar la salud. Así, el Consejo Nacional de Salud adquirió relevancia debido a que éste se encargaba de la coordinación de los servicios de salud y salubridad en los tres niveles de gobierno.⁶²

Las reformas de descentralización se mantuvieron durante el sexenio de Vicente Fox y en un esfuerzo por disminuir las desigualdades en salud, se reformó la Ley General de Salud y se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo brazo operativo sería el Seguro Popular. Con el Seguro Popular, toda persona podía inscribirse de manera voluntaria al

⁶⁰ Julio Frenk y Octavio Gómez-Dantés, “Ethical and Human Rights Foundations of Health Policy: Lessons from Comprehensive Reform in Mexico”, *Health and Human Rights Journal* 17, núm. 2 (diciembre 2015): 32.

⁶¹ M. Gonzalez-Block et al., “Health Services Decentralization in México: Formulation, Implementation, and Results of Policy”, *Health Policy and Planning* 4, núm. 4 (1989): 301-315.

⁶² Francisco J Sales A *30 años de la descentralización de los Servicios de Salud* (México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2012), 7-8.

programa,⁶³ que incluía una serie de servicios gratuitos que se actualizaban año con año. La poca cantidad de requisitos y el hecho de que las personas que laboraban en la informalidad podían inscribirse al programa, provocó que hacia el 2018 cerca de 58 millones y medio de personas se encontraran inscritas en el Seguro Popular.⁶⁴

La población objetivo inicial del Seguro Popular fue la de las familias de los primeros seis deciles de la distribución de ingreso.⁶⁵ Los servicios que ofrecía el Seguro Popular se dividían en aquellos esenciales y de alto costo; los primeros a ofrecerse en hospitales generales y los segundos en hospitales de especialidad. El servicio se financiaba de manera tripartita: una contribución familiar, una aportación estatal y una federal.⁶⁶ A través del Seguro Popular se disponían una serie de recursos y planes anuales para expandir el número de servicios ofrecidos y la cantidad de personas que formarían parte del proyecto.

El catálogo de servicios brindados por el Seguro Popular incluía, en su primer año de existencia, 91 intervenciones que se agrupaban en categorías identificadas como las más demandadas de la población mexicana. Las categorías de conglomerados de servicios en 2004 eran: medicina preventiva; consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio; consulta externa; servicios de salud reproductiva; servicio de odontología; y servicio de urgencias.⁶⁷ Además, el Seguro Popular contaba el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) que pretendía “apoyar el financiamiento de la atención en enfermedades de alto costo y que, en consecuencia, provocan gastos catastróficos”.⁶⁸ El FPGC funcionaba a través de un fideicomiso

⁶³ Los requisitos de inscripción eran los siguientes: ser residente en México, no ser derechohabiente de otro sistema de seguridad social y solicitar el servicio. “¿Tienes alguna duda del Seguro Popular? Consulta las preguntas frecuentes”, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Gobierno de México, publicado el 23 de septiembre de 2019, <https://www.gob.mx/salud/7Cseguropopular/articulos/tienes-alguna-duda-del-seguro-popular#:~:text=En%20la%20mayor%C3%ADa%20de%20los,los%20%242%2C074.97%20hasta%20los%20%2411%2C378.86>.

⁶⁴ “Afiliación histórica del Sistema de Protección Social de Salud”, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Gobierno de México, publicado el 3 de octubre de 2019, <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/afiliacion-historica-del-sistema-de-proteccion-social-en-salud#:~:text=A%20diciembre%20de%202018%2C%2053,la%20poblaci%C3%B3n%20total%20del%20pa%C3%ADs>.

⁶⁵ El Seguro Popular contaba con un sistema de financiamiento que requería el pago de cuotas familiares. Según el decil de ingreso familiar, determinado a partir de un estudio socioeconómico, se determinaba el monto familiar a aportar. Así, las familias de los primeros deciles socioeconómicos no tenían la obligación de hacer aportaciones, como si lo tenían otras familias.

⁶⁶ Silvia Tamez González y Catalina Eibenschutz, “El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud”, *Revista de Salud Pública* (2008): 138-139.

⁶⁷ Cámara de Diputados, *Programa del Seguro Social* (México: LIX Legislatura, 2005), 39.

⁶⁸ Belkis Aracena-Genao, et al. “El fondo de protección contra gastos catastróficos: tendencia, evolución y operación”, *Salud Pública de México* 53, supl. 4 (2011): 408.

que proporcionaba recursos monetarios y llegó a cubrir 66 enfermedades de alto impacto.⁶⁹ El resto de los servicios que requería la población se garantizaba a través de servicios financiados por los particulares o los servicios desarticulados por la Secretaría de Salud.⁷⁰

El principio máximo del Seguro Popular era que funcionaba conforme al federalismo, por lo que las entidades federativas tenían un grado de soberanía, pero tenían que cumplir con los mínimos establecidos por el plan y la rectoría establecidos por la federación. El plan fue exitoso y todos los estados y el Distrito Federal (en ese momento) se unieron al SPSS. El Seguro Popular, pues, tenía una red de hospitales disponibles en cada entidad federativa, que dependían de la Secretaría de Salud.

1. Derechos sexuales y reproductivos en el Seguro Social

Uno de los rubros estratégicos a través de los cuales se brindaban servicios en el Seguro Popular en sus primeros años de vida era el de salud reproductiva. Esta categoría se justificaba por las características demográficas de la población mexicana que accedía a servicios públicos de salud. En el país, las instituciones de salud del sector público son las instancias más comunes para adquirir cualquier método anticonceptivo —66.3% de las mujeres en edad fértil sexualmente activa obtienen servicios de estas instituciones de salud—. ⁷¹ De los servicios brindados a las mujeres, que conformaban más del 81% de las titulares del Seguro Popular,⁷² el 74% de los egresos hospitalarios del programa fueron por servicios de atención obstétrica.⁷³ La gran presencia de mujeres en edad reproductiva sin un sistema de seguridad social hizo especialmente

⁶⁹ Incluía, entre otras cosas, cobertura de cuidados intensivos neonatales, algunos tipos de cáncer, enfermedades metabólicas en infantes, enfermedades infectocontagiosas, trasplantes, entre otros. Para consultar la lista completa de servicios, véase: “Tabuladores del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos”, Secretaría de Gobernación, consultado el 20 de febrero de 2021, <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/index.php/transparencia-focalizada/24-gestion-de-servicios-de-salud/50-tabuladores-del-fondo-de-proteccion-contra-gastos-catastroficos>.

⁷⁰ Raúl E. Molina Salazar, Francisco Aguilar Bustamante y José A- Amozurrutia Jiménez, “Acceso con equidad de los servicios de salud en México: un enfoque institucional”, *Horizonte sanitario* 17, núm. 3 (septiembre-diciembre 2018): 199.

⁷¹ Consejo Nacional de Población, *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva* (México: Gobierno de México, 2016), 171.

⁷² Asa Cristina Laurell, *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano* (Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2013), 123.

⁷³ Mónica Uribe Gómez, Katya Rodríguez Gómez y Marcela Agudelo Botero, *Salud sexual y reproductiva: determinantes sociales y acceso a los servicios del Seguro Popular en el municipio de León-Guanajuato* (Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2015), 20.

relevante el tema de salud sexual y reproductiva como parte de la agenda prioritaria del Estado mexicano en el diseño inicial del programa de Seguro Popular.

A pesar de la prevalencia de mujeres en el SPSS, gran parte de la pauta del Seguro Popular se concentró en proveer servicios de planificación familiar, lo que no satisface de manera íntegra el derecho a la salud sexual y reproductiva. Esto, evidentemente, tiene un efecto en aquellos grupos vulnerables que suelen enfrentar más obstáculos a la hora de acceder a la política pública. En este sentido, el siguiente apartado analizará las condiciones y servicios óptimos requeridos por las trabajadoras sexuales y posteriormente, hará un análisis de la política pública en México y si ésta atiende a una lógica progresiva de la obligación del Estado de garantizar el derecho humano a la salud.

2. Los servicios requeridos por las trabajadoras sexuales jóvenes

Antes de proseguir al análisis concreto de la política pública del Seguro Popular es necesario mencionar que el ejercicio de trabajo sexual requiere de un acceso a ciertos servicios mínimos de protección sensibles a las necesidades particulares del grupo vulnerable. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) ha identificado que dentro de los servicios necesarios de proveer son, al menos, un programa de identificación de violencia sexual en contra de los trabajadores sexuales, promoción y abastecimiento del uso de condón y lubricantes sexuales, asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH, servicios clínicos de infecciones de transmisión sexual, asesoramiento sobre anticoncepción, aborto, anticoncepción de emergencia, tamizado de cáncer cervicouterino y asesoramiento de salud mental.⁷⁴

Adicionalmente, las autoridades internacionales de salud suelen recomendar la creación de programas de distribución de agujillas y jeringuillas.⁷⁵ Todos estos servicios requieren el reconocimiento de la labor sexual y también un enfoque particular de protección: las intervenciones deben ser adecuadas para las usuarias que practican servicios sexuales. En el caso de la política sexual a mujeres en edad reproductiva, también es necesario un cierto grado

⁷⁴ Organización Mundial de la Salud, en “Servicios clínicos de apoyo”, en *Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones elaborativas* (Ginebra: Biblioteca de la Organización Mundial de la Salud, 2015), 97-129.

⁷⁵ Organización Mundial de la Salud. *Prevention and Treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low-and middle-income countries. Recommendations for a public health approach* (Ginebra: WHO library Cataloguing-in-Publication Data, 2012), 34.

de difusión de información de la política de protección,⁷⁶ ya que ésta permite la detención temprana de padecimientos que podrían afectar la vida entera de las personas y su capacidad de reproducirse si así lo desearan.

3. Satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos de las trabajadoras sexuales

La política pública en el país se ha orquestado a través del Seguro Popular por medio del Catálogo Universal del Servicios de Salud (CAUSES),⁷⁷ que era emitido de manera anual por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. A través del catálogo se enlistaban la serie de servicios que ofrecía el Seguro Popular de manera anual.⁷⁸ A continuación, se hará un conteo de la forma en que estos servicios fueron ampliados o reducidos a lo largo de los años y si se traducían en una mejor política para las trabajadoras sexuales en edad reproductiva.

En este sentido, se utilizarán los CAUSES anuales publicados en los informes de resultados anuales del SPSS; a partir de ellos se hará una descripción de la forma en que evolucionaron los servicios médicos no quirúrgicos ofertados en el Seguro Popular durante la vida del programa. La tesina partirá desde los resultados del año fiscal correspondiente a 2004 ya que fue el primer año de funcionamiento completo del nuevo programa de salud. Además de esto, es particularmente relevante mencionar que en ningún momento de la vida del Seguro Popular existió una diferencia entre la salud sexual y reproductiva de la misma manera que la establece la comunidad internacional; por lo que no existe una diferenciación entre estos servicios dentro del SPSS.

A. Año 2004

Durante el año 2004 el Consejo de Salubridad General aprobó la lista de intervenciones ofrecidas por el Seguro Popular que ascendían a 91.⁷⁹ De este catálogo, únicamente seis se

⁷⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22 (2013), Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, E/C.12/GC/22 (2 de mayo de 2016), 7, 28.

⁷⁷ Durante los primeros años de la vida del Seguro Popular se organizó la lista de servicios a través del Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES); para los fines de esta tesina se entenderán ambos de manera indistinta.

⁷⁸ Es importante notar que anualmente se publica la lista de intervenciones ofertadas por el Seguro Social y una lista distinta de los medicamentos esenciales cubiertos por el programa social. En la presente tesina únicamente hará referencia al primero ya que se refiere a las intervenciones concretas de tratamiento médico cubiertas y garantizadas.

⁷⁹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Resultado del Segundo Semestre Año Fiscal 2004: Seguro Popular* (México: enero 2005), 32.

referían a servicios de salud reproductiva.⁸⁰ Este dato, por sí mismo, es notable en la medida en que en ese momento de vida del Seguro Popular ya se identificaba que la mayoría de las personas afiliadas al servicio eran mujeres y de ellas, el segundo grupo más importante era el de las mujeres en edad reproductiva. Los servicios ofrecidos incluían la aplicación del dispositivo intrauterino (en adelante, DIU), la vasectomía y la salpingoclasia; diagnóstico y tratamiento de dismenorrea, atención de menopausia y tratamiento de displasias y conización.⁸¹

De los servicios ofrecidos, dos de ellos resultan especialmente útiles para la atención de trabajadoras sexuales. La instalación del DIU es un método de planificación familiar efectivo; sin embargo, las trabajadoras sexuales requieren, además de métodos anticonceptivos, tecnologías de protección que impidan la transmisión de infecciones sexuales, lo cual no es posible con el DIU. A ese momento, no se garantizaba el reparto de preservativos o algún otro método anticonceptivo adecuado para este fin.

Además de eso, el tratamiento de displasias y conización⁸² es relevante por dos razones: el diagnóstico de anomalías en el sistema reproductor permite la identificación de posibles padecimientos de mayor impacto (como cáncer cervicouterino), además de que favorecen el sustento de la salud general del sistema reproductor femenino. Para las trabajadoras sexuales, que se encuentran especialmente vulnerables a padecimientos de transmisión sexual que impacten la salud del sistema reproductivo, la existencia de servicios de identificación de posibles padecimientos adquiere una importancia reforzada.

Este año, a pesar de ser el primer año de vida completo del Seguro Social este mostró una pretensión de encuadrar ciertos servicios claves de los que podrían ser receptoras las trabajadoras sexuales. Sin embargo, ninguna de estas políticas vino acompañada de una campaña de difusión amplia, que es fundamental en el aseguramiento de salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes. Esta tendencia, desafortunadamente, se mantendría por la mayor parte de la vida del Seguro Social.

B. Año 2005

⁸⁰ En ese año, las categorías de CAUSES también incluían servicios de *embarazo, parto y recién nacido* y de *cirugía ginecológica*. Si bien ambos se relacionan con la salud sexual y reproductiva, estas no fueron incluidas en el presente análisis.

⁸¹ Cámara de Diputados LIX Legislatura, *Programa del Seguro Popular*, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, (México: febrero de 2005), Anexo 3 A.

⁸² El primer servicio sirve para la identificación de tejidos en el cuello cervical o en el tejido de la matriz que hayan mutado a tumores y el segundo es un método de biopsia del cuello cervical.

En 2005, hubo un aumento sustancial del número de servicios ofrecidos por el Seguro Popular y se pasó de 91 a 155 intervenciones en el transcurso de un año.⁸³ No obstante, esto no se tradujo en un aumento significativo en el número de servicios de salud reproductiva, que sólo incrementaron de seis a nueve intervenciones. Del nuevo catálogo de servicios ofertados en el Seguro Popular, la única diferencia fue la siguiente: se distinguió la atención de displasia para cubrir tres tipos de displasias cervicales —a saber, leve, severa y moderada— y se incluyó la atención y tratamiento de carcinoma *in situ* del cuello uterino.⁸⁴

La atención diferenciada de displasias y el tratamiento de carcinomas representa un avance en la atención. La creación de servicios nuevos de atención aumenta la disponibilidad de servicios que es vital para diagnosticar las condiciones de satisfacción de los derechos sociales, como el derecho a la salud. Sin embargo, estos nuevos servicios no benefician de manera particular a las trabajadoras sexuales en edad reproductiva, sino que únicamente son indispensables en la medida de condición de la condición de sexo biológico.

C. Año 2006

Estos primeros tres años de vida del Seguro Popular, que corresponden a los últimos años del sexenio de Vicente Fox, se concentraron fuertemente en el aumento de la filiación de familias al nuevo proyecto. Esto se refleja considerablemente en la estructuración de los informes de resultados y la concentración de esfuerzos económicos y de personal de salud. Esta tendencia desaparecería conforme fue incrementando la cantidad de personas afiliadas al servicio.

En este año se aumentó el número de servicios ofertados a 247, aunque la cantidad de intervenciones de salud reproductiva se mantuvo en nueve,⁸⁵ con los mismos servicios ofertados que en el periodo anterior. Esto es especialmente preocupante si tomamos en cuenta la forma en que aumentaron las otras categorías de servicios ofertados⁸⁶ y que el número de mujeres en edad reproductiva afiliadas al Seguro Popular había aumentado a más de cuatro millones.

⁸³ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Indicadores de resultados del Segundo Semestre de 2005 (Reporte No. 6): Seguro Popular* (México: enero 2006), 90.

⁸⁴ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Indicadores de resultados del Segundo Semestre de 2005 (Reporte No. 6): Seguro Popular*, 90.

⁸⁵ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Indicadores de resultados del Segundo Semestre de 2006, Seguro Popular* (México: enero 2007), p. 81.

⁸⁶ En 2005 se ofrecían 7 servicios para embarazo, parto y recién nacido. En 2006 aumentó el número de servicios de esta categoría casi tres veces a 20 servicios, a pesar de que apenas el 3.2% de las mujeres en edad reproductiva afiliadas al Seguro Popular hubiesen dado a luz durante ese año.

No es menor el tema de la estabilidad de número de servicios ofertados en el periodo de dos años. Esto no sólo pone en peligro la satisfacción del derecho a la salud de todas las mujeres afiliadas al programa, sino que tiene un efecto considerable en aquellas mujeres más vulnerables que requieren una serie de servicios adicionales a los del resto de la población. Para las trabajadoras sexuales, que ya enfrentan barreras para el acceso a la salud, el estancamiento de los servicios es especialmente catastrófico en la medida en que cuentan con una serie de necesidades diferenciadas que requieren pronta atención.

D. Año 2007

El año 2007 fue el primero de vida del Seguro Popular durante el sexenio del presidente Felipe Calderón. En este año, la lista de CAUSES incluía 255 intervenciones de las cuales, por segundo año consecutivo, únicamente comprendía nueve intervenciones de salud reproductiva.⁸⁷ A pesar de que esto es señal de continuo estancamiento y percepción de los derechos sexuales y reproductivos, a través de la categoría de *acciones preventivas* se presentó un servicio nuevo: el de atención médico-psicológico de violencia familiar y sexual.⁸⁸ Las trabajadoras sexuales, que suelen ser especialmente vulnerables a violencia por parte de sus parejas sexuales, pueden beneficiarse de este servicio en la medida en que se refería a un método de primera atención para víctimas de violencia sexual.

Es importante aclarar que no todos los servicios de atención a violencia sexual son apropiados para los trabajadores sexuales. Hay evidencia de que existe una cierta renuencia del personal médico y de salud de reconocer la violencia sexual como tal cuando la víctima es una persona que ejerce el trabajo sexual y responsabilizar a la víctima por el trabajo que desempeña⁸⁹ en lugar de culpar al perpetrador de la violencia. Sin embargo, la creación de un servicio exclusivo para la atención de víctimas es un primer paso clave para la identificación y persecución de crímenes sexuales. La protección en contra de la violencia sexual fue reconocida como una de las líneas de atención clave en la atención de trabajadoras sexuales por la OMS; en principio, estos servicios deberían de proteger al trabajo sexual de la violencia ejercida tanto por las parejas sexuales a modo de *clientes* y de aquella sufrida en el entorno familiar o de una relación sexo afectiva.

⁸⁷ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2007: Seguro Popular* (México: 2008), 61.

⁸⁸ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2007: Seguro Popular*, 92.

⁸⁹ *Respuesta a la violencia contra las personas trabajadoras del sexo*, Organización Mundial de la Salud, 26, https://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/swit_2_es.pdf?ua=1.

E. Año 2008

Este año fue el único en la vida del Seguro Popular que se reconoció a los trabajadores sexuales como un grupo vulnerable de población. En 2008, las familias con algún miembro que ejerciera el trabajo sexual constituyeron grupos prioritarios de afiliación.⁹⁰ De esto, resultan preocupantes dos cuestiones: la primera, es que pareciera que los trabajadores sexuales son relevantes para el Seguro Popular únicamente en la medida en que representan un agente de riesgo para sus familias inmediatas; la segunda, que la afiliación no necesariamente se traduce en un incremento de servicios diseñados especialmente para este grupo vulnerable o en difusión para que, precisamente estos grupos, accedan a servicios en el Seguro Popular.

Debido a que en este momento se identificó a las trabajadoras sexuales como un grupo vulnerable, era necesario que el gobierno federal hubiera diseñado campañas de atención especializadas para ellas. Un análisis interseccional de las condiciones a las que se enfrentan las trabajadoras sexuales hubiese sido elemental para la creación de una política pública especializada, una vez que el propio Estado reconoció la vulnerabilidad de este grupo.

A pesar de esto, desapareció la salud reproductiva como eje de servicios ofertados por el Seguro Popular. A partir de ese momento, los servicios de salud reproductiva deberían de incluirse en cualquiera de los otros conglomerados de servicios.⁹¹ La decisión de esta nueva conformación es especialmente preocupante por la cantidad de mujeres inscritas al Seguro Popular y por el porcentaje de ellas en edad reproductiva. El hecho de que no se haya contemplado a la salud sexual y reproductiva como eje de servicios es preocupante por sí mismo y especialmente alarmante si se toma en cuenta que las trabajadoras sexuales jóvenes requieren de una serie diferenciada de servicios que, mucho menos, serían prioridad por el gobierno mexicano.

La lista de servicios ese año únicamente aumentó once, integrando el listado por 266 intervenciones de salud. Con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva, estos se acomodaron en distintos conglomerados de servicios.⁹² En el área de salud pública se ofertó la atención médico-psicológica de violencia familiar y sexual. En el área de consulta médica general se incluía el diagnóstico y tratamiento de sífilis, vaginitis y vulvitis aguda. El resto de

⁹⁰ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2008: Seguro Popular* (México: 2009), 71.

⁹¹ Ahora, los seis conglomerados se referían a: salud pública, consulta de medicina general o familiar y de especialidad, odontología, urgencia, hospitalización y cirugía general.

⁹² Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2008: Seguro Popular* (México: 2009), Anexo 1.

los servicios ofertados con anterioridad se dejaron de ofrecer este año —la aplicación del DIU, el tratamiento de displasias y carcinoma y conización—. Ese año, además, se hizo cobertura del VIH/SIDA a través del FPGC.⁹³

El golpe sufrido durante este año para la atención a jóvenes trabajadoras sexuales es dramático: no sólo se quitó de la atención prioritaria a los derechos sexuales y reproductivos, sino que además la serie de servicios clave para la identificación de condiciones en el aparato reproductor femenino fueron eliminados. La inclusión de cobertura a enfermedades como la vaginitis y vulvitis, que pueden ser causadas por la actividad sexual con múltiples parejas,⁹⁴ y de la sífilis y el SIDA representan buenos avances, pero no compensan la lista de servicios que fueron eliminados del catálogo.

En suma, aunque el año 2008 fue el primero en el que se reconocía de manera explícita a las trabajadoras sexuales, también significó un retroceso en la forma en que se garantizaba el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de este grupo. La eliminación de servicios es violatoria a la obligación de no regresión, la cual es clave para analizar la forma en que el Estado garantiza el derecho a la salud. Además, el hecho de que el gobierno mexicano haya identificado a los trabajadores sexuales como un grupo vulnerable y aun así fuera omiso a la creación de un modelo de atención particular es violatoria a la misma obligación de garantizar.

F. Año 2009

En 2009, el CAUSES comprendía 266 intervenciones;⁹⁵ es decir, las mismas que en el año inmediato anterior. Sin embargo, la lista de servicios relacionados con salud sexual tuvo variaciones.⁹⁶ En el conglomerado de salud pública se modificó la atención de violencia sexual y ahora se concentraba únicamente en atención de violencia ejercida en contra de las mujeres. En consulta general se cubría, adicional a los servicios del año anterior, el diagnóstico y tratamiento de candidiasis, gonorrea, clamidia, infecciones por tricomonas y cistitis. Además, se introdujeron de nuevo los métodos de planificación familiar que incluyeron: los anticonceptivos hormonales, preservativos y dispositivos intrauterinos. En el conglomerado de especialidad, se

⁹³ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2008: Seguro Popular*, Anexo 2.

⁹⁴ Consejo de Salubridad General, “Prevención, diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención” (México: 2012), 9.

⁹⁵ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2009: Seguro Popular* (México: 2010), 68-69.

⁹⁶ De la lista anterior fueron eliminados aquellos servicios relacionados con salud sexual y reproductiva no relevantes para las trabajadoras sexuales jóvenes; a saber, atención de climaterio y menopausia, uretritis y síndrome uretral. Con ello, el número de servicios ofertados aumentó a 17.

incluyó el tratamiento a mastopatía fibroquística, vaginitis subaguda, la hiperplasia endometrial, la endometriosis y lesiones intraepiteliales de alto y bajo grado.⁹⁷

El aumento de servicios durante este año apunta a un avance positivo, especialmente tomando en cuenta el número de servicios ofertados el año anterior. Cobra particular relevancia el número de enfermedades sexuales cuyo tratamiento y cobertura se garantizaba a través del Seguro Social. Además, el suministro y provisión de preservativo fue el avance más significativo en salud sexual y reproductiva, ya que éstos son el único método anticonceptivo que además protege en contra del contagio de enfermedades e infecciones de transmisión sexual.⁹⁸ Sin embargo, es de especial relevancia notar que el año anterior se había identificado a las familias con algún miembro que ejerciera trabajo sexual como un grupo prioritario de filiación, lo cual no se mantuvo en 2009. Al respecto, no hay justificación ni se presentan informes concretos de los resultados de filiación de trabajadores sexuales y sus familias.

G. Año 2010

Durante el 2010, el CAUSES aumentó a 275 servicios ofertados por el Seguro Popular.⁹⁹ Sin embargo, la lista de servicios ofertados relacionados con la salud sexual se mantuvo idéntica.

H. Año 2011

Durante 2011, el catálogo de servicios ofertados por el Seguro Popular se mantuvo idéntico que el año anterior,¹⁰⁰ sin ningún cambio en la lista de servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidos en el programa.

I. Año 2012

En 2012, el número de servicios ofertados en CAUSES fue de 284,¹⁰¹ con un leve incremento de nueve intervenciones médicas. Con respecto a las modificaciones de la política en materia de salud sexual y reproductiva, el cambio más sustantivo es que la atención médico-psicológica de violencia sexual a mujeres se cambió a atención de violencia familiar y de género; es decir, busca expandir a violencia que se extiende infligida de manera sexual. Respecto a la cobertura

⁹⁷ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2009: Seguro Popular* (México: 2010), 101.

⁹⁸ No pasa desapercibido por la autora que el suministro de preservativos debería de estar acompañado por lubricante, el cual no fue asegurado en ningún momento por el Seguro Popular. Además, el suministro de condones no vino acompañado de ninguna campaña de información acerca de la importancia de hacer uso de ellos, especialmente cuando no se tiene una pareja sexual única y estable.

⁹⁹ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2010: Seguro Popular* (México: 2011), 63.

¹⁰⁰ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2011, Seguro Popular* (México: 2012), 60.

¹⁰¹ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2012, Seguro Popular* (México: 2013), 71.

de enfermedades, la lista incluyó el diagnóstico y tratamiento de candidiasis oral, cistitis, chancro blando y herpes genital.¹⁰²

Esto representó un aumento de servicios relacionados con la protección de salud sexual, particularmente respecto al cuidado de enfermedades e infecciones de transmisión sexual. Después de un periodo prolongado de tres años en el que el número de intervenciones de salud reproductiva se estancó, el aumento en estos servicios representa un avance significativo. Esto es especialmente relevante si se toma en cuenta que la mayoría de los nuevos servicios ofertados ellos tenían relación con la salud sexual y con la protección en contra de enfermedades de transmisión sexual. Cobra relevancia aquí el hecho de que la lista de servicios debía de modificarse con base en el comportamiento de la población y los servicios que los usuarios solicitaban de las dependencias públicas de salud, por lo que es posible que la población al 2012 tenía un gran interés y necesidad de acceder a servicios de diagnóstico y control de otras enfermedades de transmisión sexual.

Este año fue el último de funcionamiento del Seguro Popular durante el sexenio de Felipe Calderón. A diferencia de los primeros tres años de funcionamiento del programa, el Seguro Popular tuvo un aumento con menor intensidad del número de servicios ofertados. En estos años, el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos adquirió mucha relevancia debido al número de enfermedades y condiciones que cubría; lo que se tradujo en alguna cobertura de enfermedades a las que las trabajadoras sexuales se encontraban más susceptibles de contraer —a saber, el VIH—. A pesar de estos avances positivos, existe un aspecto clave pendiente en el desarrollo del Seguro Popular: no hay en disponibilidad campañas de información. Respecto a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en edad reproductiva, la falta de existencia de una política comprensiva de difusión obstaculiza la realización de los derechos.

J. Año 2013

En 2013, además de la emisión del respectivo informe de resultados, se realizó un Programa de Acción Específico del SPSS que dirigiría la conducción del Seguro Popular durante los siguientes años de vida del programa y hasta el fin del presidente Enrique Peña Nieto (2018). En él, se identificó que el objetivo general debía ser el “acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso y sin discriminación a los servicios médicos [...] a los beneficiarios del

¹⁰² Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2012, Seguro Popular*, Anexo 1.

SPSS”.¹⁰³ Esto implicaba no sólo el aumento de recursos destinados al Seguro Popular,¹⁰⁴ sino también un aumento en los servicios y la calidad de estos.

En 2013, la lista de servicios únicamente se incrementó en una unidad a 285 intervenciones médicas.¹⁰⁵ El servicio complementario fue el de diagnóstico y tratamiento de trastornos de mama. Las condiciones mamarias usualmente responden a mecanismos de tipo hormonal causados por factores externos¹⁰⁶ que atienden a circunstancias distintas de aquellas que pueden estar causadas por el ejercicio de trabajo sexual. Sin embargo, la cobertura de intervenciones, en la medida en que permiten la identificación temprana de condiciones médicas graves, como el cáncer de mama, colaboran al mejoramiento de condiciones de salud y prevención de futuras enfermedades.

El 2013 también fue el primer año que hubo una campaña de difusión de temas fundamentales de salud organizada a través del Seguro Popular. Uno de los temas a desarrollar fue el de salud sexual mediante el Plan de Comunicación Indígena (en adelante, PCI) e implicó la elaboración de historietas y su respectiva traducción al náhuatl y maya.¹⁰⁷ Esto como parte del objetivo planteado en el sexenio de Enrique Peña Nieto de continuar con la difusión de contenido de salud a sectores poblacionales vulnerables. En este sentido, importa aclarar que, al igual que las mujeres que ejercen el trabajo sexual, las comunidades indígenas experimentan dificultades de acceso del derecho a la salud.¹⁰⁸ Este tipo de campañas benefician potencialmente a las mujeres indígenas que ejercen el trabajo sexual que son víctimas de una multiplicidad de opresiones: en virtud de género, grupo étnico y labor que ejercen. El diseño de una política pública de difusión con una perspectiva interseccional beneficia a las personas pertenecientes a grupos vulnerables.

K. Año 2014

¹⁰³ Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, *Programa de Acción Específico 2013-2018*, Sistema de Protección Social en Salud (México: 2013), 48.

¹⁰⁴ El gobierno mexicano identificó que la inversión en Salud en México era menor al promedio latinoamericano, sólo era 6.1% del PIB era destinado a la salud. En ese sentido, consideró que era necesario aumentar los recursos en salud. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, *Programa de Acción Específico 2013-2018*, 21.

¹⁰⁵ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2013: Seguro Popular* (México: 2014), 40.

¹⁰⁶ Instituto Mexicano del Seguro Social, CLAVE CIE 10, ISBN 978-607-8270-73-6, *Diagnóstico y Tratamiento de la Patología Mamaria Benigna, de primer y segundo nivel de atención*, p. 1.

¹⁰⁷ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2013: Seguro Popular* (México: 2014), p. 83.

¹⁰⁸ René Leyva-Flores et al., “Inequidades persistentes en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012”, *Salud Pública de México* 55, supl. 2 (2013): 127.

Durante 2011, el número de intervenciones ofrecidas en el Seguro Popular se mantuvo igual que el año inmediato anterior;¹⁰⁹ sin ninguna modificación en la lista de servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidas en el programa a excepción de que la protección de trastornos mamarios se modificó y ahora sólo cubre aquellos trastornos como benignos.

Al igual que el año anterior, se extendió la lista de produjo contenido de difusión de material de salud sexual a través del CPI,¹¹⁰ esta vez a lengua tliqui. Además, se divulgó contenido de enfermedades e infecciones de transmisión sexual en lengua náhuatl y amuzgo y contenidos audiovisuales en adolescencia y sexualidad en náhuatl, mixteco, rarámuri, maya, wixarika y purépecha.

L. Año 2015

En 2015 se mantuvo estático el número de intervenciones cubiertos en los establecimientos de primer y segundo nivel de atención médica.¹¹¹ Los servicios de atención médica se mantuvieron idénticos que el año anterior.

Respecto a promoción del derecho a la salud sexual, los esfuerzos de salud sexual se enfocaron en programas de radiodifusión para comunidades indígenas a través del programa “ecos indígenas”¹¹² y se expandió la difusión de documentos materiales en lengua pame. De igual manera que en los años anteriores, los esfuerzos de difusión organizados a través del Seguro Popular se hicieron para atender a las comunidades indígenas.

M. Año 2016

En 2016 se aumentaron el número de servicios en la lista de CAUSES a 285, pero ninguno de ellos hacía referencia a derechos sexuales y reproductivos.¹¹³ El programa de difusión se mantuvo a través del CPI mediante la producción de contenido de radionovelas.

N. Año 2017

¹⁰⁹ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2013: Seguro Popular* (México: 2015), 38-39.

¹¹⁰ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados 2013: Seguro Popular*, 80-81.

¹¹¹ Secretaría de Salud, *Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud Enero-diciembre 2015: Seguro Social* (México: 2016), 37.

¹¹² Secretaría de Salud, “Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud Enero-diciembre 2015”, 53-54.

¹¹³ Los servicios que se aumentaron ese año fueron los referidos a estabilización en urgencias y manejo ambulatorio de cuidados paliativos y dolor crónico. Secretaría de Salud, *Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud Enero-diciembre 2016: Seguro Social* (México: 2017), 37.

En 2017 el número de intervenciones protegidas por el Seguro Popular se mantuvo idéntico que el año anterior,¹¹⁴ sin cambios en los servicios de salud sexual y reproductivo. Sin embargo, en el informe de resultados de ese año no se hace mención absoluta de ninguna campaña de difusión, ni siquiera a comunidades indígenas.

O. Año 2018

En 2018 el número de intervenciones aumentó a 294¹¹⁵ después de un mantenimiento estático de los servicios ofrecidos por dos años. Dos servicios fueron añadidos a la protección de salud sexual y reproductiva: el diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de grado bajo-moderado y alto. Estas lesiones son causadas por la infección de ciertos virus del papiloma humano (VPH), que son transmitidos de manera sexual.¹¹⁶ Las trabajadoras sexuales, al tener relaciones con una multiplicidad de parejas, son especialmente susceptibles de contraer este tipo de enfermedades. En este sentido, la protección temprana de estos padecimientos y el diagnóstico oportuno previenen del desarrollo de las enfermedades.

Los seis años del Seguro Popular durante el sexenio de Enrique Peña Nieto no tuvieron avances significativos en la cobertura de nuevas intervenciones, lo cual se mantuvo en el número de intervenciones de salud sexual y reproductiva. Esto es preocupante de entrada debido a que el gobierno federal hizo el compromiso de aumentar el número de recursos e inversión en salud, lo cual debió haber favorecido la cobertura. Durante los seis años del programa durante el sexenio, únicamente aumentaron los servicios de 23 a 26. A través del SPSS únicamente se elaboraron proyectos de difusión para comunidades indígenas, sin considerar a otros grupos vulnerables que requerían de campañas particulares y esfuerzos coordinados entre los estados y la federación para la difusión de información. Y esto a pesar de que el gobierno federal se había comprometido a ampliar la política de difusión en materia de salud.

4. Resultados del Seguro Popular

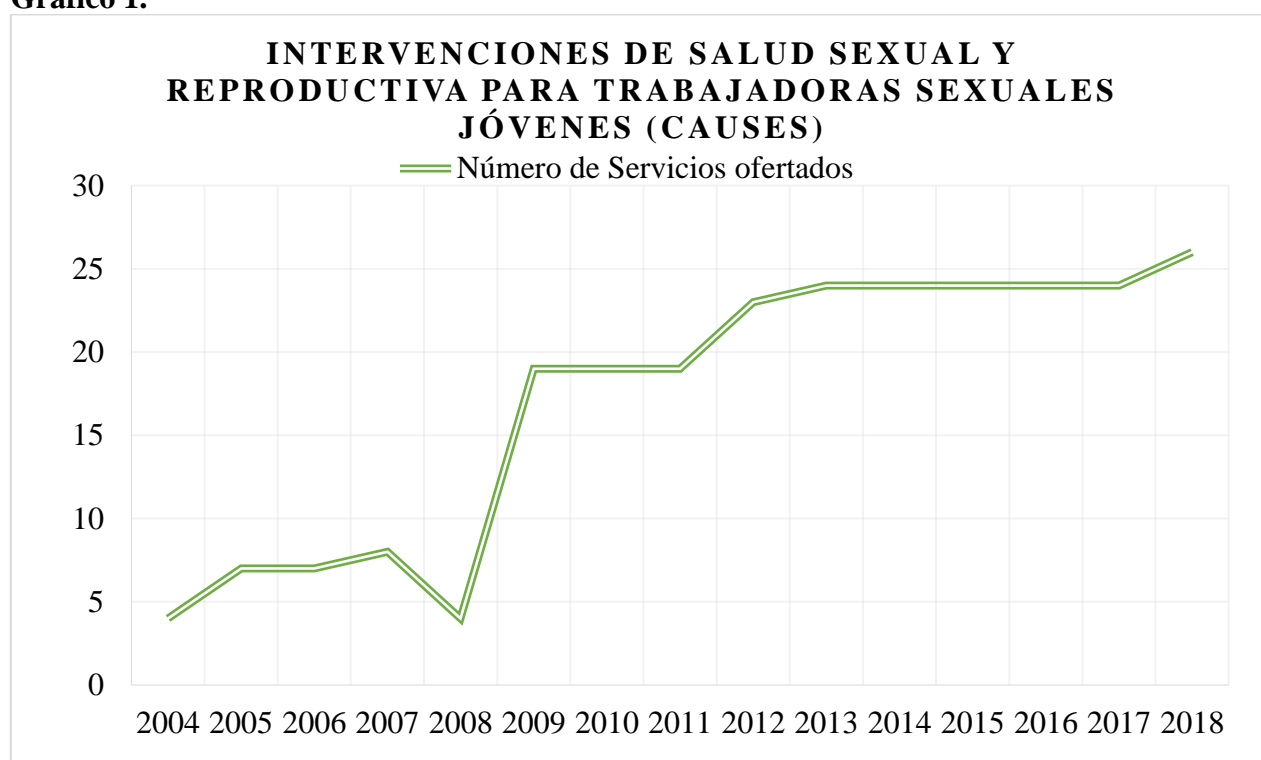
¹¹⁴ Secretaría de Salud, *Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud Enero-diciembre 2017: Seguro Social* (México: 2018), 41.

¹¹⁵ Secretaría de Salud, *Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud Enero-diciembre 2018: Seguro Social* (México: 2019), 37.

¹¹⁶ Alfredo Alinez Sánchez et al., “Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y su correlación citocolpohistológica”, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México* 54, núm. 6 (noviembre-diciembre 2011): 14.

Del resultado de la evolución de servicios médicos ofertados por el Seguro Popular se pueden dilucidar algunas conclusiones respecto a la política pública y del número de servicios. La primera es que, que, a excepción del 2007, el número de servicios de salud sexual y reproductiva se mantuvo al alza (*gráfico 1*). La segunda, que existen varios periodos de estancamiento del número de servicios ofertados, particularmente durante el sexenio del presidente Peña Nieto. Finalmente, la conclusión más relevante respecto a la política del Seguro Popular es que en ningún momento existió una campaña de difusión e información diseñada para trabajadoras sexuales en edad reproductiva.

Gráfico 1.



Fuente: Realizada por la autora con datos de CAUSES.

Respecto al tipo de servicios ofertados por el Seguro Social con base en el estándar mínimo de protección a trabajadoras sexuales establecido por la OMS, se pueden realizar un número de conclusiones. La primera es que el enfoque del SPSS ha favorecido la detención temprana de las enfermedades de transmisión sexual, así como su respectivo tratamiento. La segunda es que con el proyecto de atención al VIH/SIDA, atendido a través del fondo de catástrofes se garantiza la protección de una de las enfermedades catastróficas a las que las trabajadoras sexuales son víctimas. Finalmente, las grandes tareas pendientes de los servicios necesarios para las

trabajadoras sexuales son los respectivos al acceso a servicios de aborto,¹¹⁷ las campañas y abastecimiento de lubricantes y el tratamiento de salud mental y reproductiva de las trabajadoras sexuales.

¹¹⁷ La carencia de servicios de aborto en el país no sólo afecta a las trabajadoras sexuales, sino que su inaccesibilidad sigue siendo una realidad para la mayoría de las mujeres en el país.

CAPITULO IV

El INSABI

“En efecto ya no existe el llamado Seguro Popular, que para mi manera de ver las cosas y por la experiencia, visitando centro de salud y hospitales, el Seguro Popular ni era seguro ni era popular”.

Andrés Manuel López Obrador, *conferencia matutina*, 2020.

El sistema a través del cual se garantizaba el derecho a la salud a principios del siglo cambió nuevamente hace cerca de dos años. En 2020, después de dos años de presidencia de Andrés Manuel López Obrador se anunció la efectiva desaparición del Seguro Popular, que ya había sido objeto de críticas por el presidente desde las campañas electorales de 2018. El SPS se reemplazó con el INSABI, que tiene la pretensión de mantener a las personas inscritas en el programa anterior y proveer servicios a todas las personas sin seguridad social;¹¹⁸ además de lograr una gratuidad total de todos los servicios dados por el Seguro Popular.

Este nuevo organismo pretende eliminar toda aportación hecha por particulares y crear un acceso universal a medicamentos. El nuevo programa, además, vino acompañado de la eliminación del fondo de catástrofes que permitía la cobertura y financiamiento de enfermedades de alto impacto.¹¹⁹ El plan del INSABI fue publicado en 2020 en el Diario Oficial de la Federación y, en él, se identificaban cinco objetivos prioritarios: garantizar la presencia del personal médico y regularizar su situación laboral, asegurar abasto de medicamentos, mejorar la inversión en infraestructura y reducir las inequidades en salud.¹²⁰

La configuración del nuevo sistema de salud que busca alcanzar la gratuidad de todos los servicios y la protección universal, sin embargo, enfrenta desafíos serios. El primero es que hay poca claridad acerca de la forma en que el programa será financiado: a diferencia del SPSS, este no tendrá un sistema de contribuciones tripartito.¹²¹ El segundo es que, tal como fue

¹¹⁸ “INSABI, brazo operativo del Sistema de Salud”, Secretaría de Salud, consultado el 16 de febrero de 2021, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/524100/INSABI.pdf>.

¹¹⁹ María Fernanda Navarro, “El financiamiento del INSABI de AMLO, una incógnita”, *Forbes México*, 14 de enero 2020.

¹²⁰ Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar, Diario Oficial de la Federación [DOF] 21-12-2020.

¹²¹ El Programa Institucional del INSABI únicamente menciona lo siguiente respecto al financiamiento: “la totalidad de las acciones que se consideran en este programa [...] se realizarán con cargo al presupuesto autorizado de los ejecutores de gasto participantes en el programa, mientras éste tenga vigencia”. En Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar, Diario Oficial de la Federación [DOF] 21-12-2020.

explicado previamente, en el SPSS las entidades federativas decidieron sobre su participación en el programa de manera voluntaria; en el caso del INSABI, la pretensión era la misma y, sin embargo, existen gobernadores que han demorado o incluso anunciado que no firmaran la unión al programa nacional.¹²² Además, la instrumentalización del INSABI vino de la mano con la contingencia de salud causada por el COVID-19, por lo que los esfuerzos se han dispersados entre su implementación y las acciones para mitigar la pandemia en el país.

A pesar de esto, existe la responsabilidad de poner en marcha el programa hacia el final del sexenio del presidente López Obrador (2024).¹²³ Por lo que, independientemente de las dificultades de implementación de la política pública, la ejecución exitosa del sistema es vital para la satisfacción del derecho a la salud de todos los individuos, en especial de aquellos especialmente vulnerables.

1. El INSABI y los derechos sexuales y reproductivos

De igual manera que en el análisis del plan del Seguro Popular, la presente tesina pretendía analizar la forma en que el INSABI contribuía a la realización progresiva del derecho a la salud de las trabajadoras sexuales. Sin embargo, hasta el momento es imposible encontrar datos que permitan crear una visión comprensiva del alcance del derecho a la salud sexual y reproductiva en el programa del INSABI.¹²⁴ Este dato, en sí mismo, es preocupante. La creación de un programa masivo de satisfacción médica sin orientación clara o directriz de acción pone en tela de juicio la implementación exitosa del programa.

A diferencia del programa de seguridad Social del Seguro Popular, aún no existe una publicación de los servicios que serán ofertados, las dependencias que estarán habilitadas para brindarlos y el número de recursos nuevos que deberán ser destinados. Además, la desaparición del fondo de cobertura de enfermedades catastróficas pone en tela de juicio la forma en que se garantizará el suministro de enfermedades que afectan el sistema reproductor o cuyo factor de riesgo es el número de parejas sexuales, como el cáncer cérvico uterino y el VIH/SIDA.

¹²² Los gobernadores del Partido Acción Nacional (PAN) de los estados de Aguascalientes, Tamaulipas Chihuahua y Guanajuato firmaron un pacto de no adhesión al INSABI. Véase: Redacción, “Gobernadores del PAN firman convenio de no adhesión al INSABI”, *El Universal*, 10 marzo de 2020.

¹²³ En el Programa Institucional 2020-2024 del INSABI se dispone que todo el Modelo de Salud para el Bienestar será desplegado de manera completa en el país y que la atención de salud será *pública, universal y totalmente gratuita* para la población sin seguridad social.

¹²⁴ El plan de acción del INSABI es omiso en mencionar alguna vez el concepto de salud o derechos sexuales y reproductivos.

El resultado de este análisis es especialmente preocupante si se toma en cuenta que las trabajadoras sexuales son grupos especialmente vulnerables, cuyo acceso a la salud ya se encuentra mermada por la condición social de la actividad que ejercen. Los avances positivos que se han hecho se encuentran en riesgo de ser satisfechos y no hay manera de dilucidar si la nueva agenda de salud va a tomar los pasos necesarios para alcanzar la protección plena de la salud de cualquier grupo vulnerable, incluyendo a las trabajadoras sexuales.

CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación muestran que, a pesar de que el inicio del Seguro Popular, sustituido por INSABI, significó un avance en la forma en que el Estado satisfacía el derecho a la salud de los mexicanos, esto no se ha traducido en una evolución progresiva de las intervenciones de salud para las trabajadoras sexuales. De los documentos analizados, particularmente los informes de resultados presentados por el Seguro Popular, se puede apreciar un aumento paulatino de servicios médicos ofertados a través de la política pública. Así, por ejemplo, aunque en 2004 únicamente cuatro servicios estaban destinados a la atención particular requerida por las trabajadoras sexuales, en 2018 esta lista ascendía a 26 servicios, lo que representa un incremento en casi siete veces el número de intervenciones.

De este aumento de servicios ofertados cobra relevancia el aumento de servicios relacionados con la atención y tratamiento de enfermedades sexuales. Al inicio de la vida del Seguro Popular, no había ningún programa de detección de infecciones que afectaran el sistema reproductivo y hacia el final de éste ya se encontraban intervenciones de atención para clamidia, gonorrea, vaginitis, candidiasis, entre otras. Además, el avance más significativo respecto a métodos anticonceptivos sucedió en 2009, cuando se contempló el reparto gratuito de preservativos. No obstante, no pasa desapercibido que sigue habiendo dos ejes de servicios fuertemente debilitados en el Seguro Popular: el primero, relacionado con servicios de salud sexual y el segundo una política de difusión e información comprensiva dirigida a la población en general pero especialmente a los grupos vulnerables, como las trabajadoras sexuales.

A pesar de que es posible observar un incremento sustantivo de servicios durante la vida del programa del Seguro Popular, no existen en los informes de resultados una justificación concreta acerca de la justificación detrás del aumento de intervenciones. Este dato es relevante en la medida en que no hay certeza de que este aumento se haya dado como consecuencia de un esfuerzo estructurado por parte del Estado mexicano de orientar los esfuerzos en salud en una dirección particular. Esta dificultad se intensifica si se toma en cuenta que el programa del INSABI no cuenta con ningún tipo de información respecto a la rectoría, financiamiento o actividades prioritarias del programa federal que se encargará de garantizar el acceso a la salud.

La presente tesina pretendía analizar la forma en que el diseño institucional de la política pública servía al desarrollo progresivo del derecho a la salud de las mujeres trabajadoras

sexuales en edad reproductiva. Es especialmente preocupante el hecho de que, en 2008, el propio Estado mexicano haya reconocido que éstas eran grupos de especial vulnerabilidad en materia de salud y únicamente lo haya determinado en la medida de que esto podía causar afectaciones a la salud de sus familias inmediatas. No obstante, esto es contrario a una perspectiva de derechos humanos: su atención debería de verse en la medida en que son individuos con igual dignidad y con el mismo derecho de acceder a servicios de salud y no por el potencial daño que le puede causar a terceros. El trabajo sexual no es cualquier trabajo y opone riesgos para la salud y el bienestar de las personas que lo ejercen y, sin embargo, hay una omisión persistente del Estado mexicano de reconocer las dificultades, discriminación, marginación y vulnerabilidad de este grupo.

En suma, de las conclusiones apuntadas es posible dilucidar tres grandes observaciones. La primera es que, a pesar de que hubo algunos momentos durante la vida del Seguro Popular en que se veía un incremento de servicios e intervenciones médicas, no existe información si estos esfuerzos serán mantenidos por el INSABI o si, por el contrario, no habrá continuidad en los programas. La segunda es que, a pesar de que las trabajadoras sexuales fueron identificadas como grupos de afiliación prioritarios, nunca se ha creado una política pública que atienda las necesidades particulares de este grupo vulnerable. Finalmente, parece especialmente importante recalcar el hecho de que el Estado mexicano carece de un diseño institucional de la política pública con perspectiva integral de los derechos humanos, especialmente de los grupos vulnerables en el país.

Las personas que ejercen el trabajo sexual han sido históricamente han sido, estigmatizadas y olvidadas por el Estado mexicano y la sociedad en general. La conducta de animosidad en su contra se ha manifestado a sí misma en la forma que este grupo accede a los servicios de salud pública, que mantienen la tarea pendiente de realizar una política de salud comprensiva a los derechos de la salud de los grupos vulnerables. La falta de garantías de salud sexual y reproductiva de las trabajadoras sexuales representa una violación directa a las obligaciones constitucionales y convencionales del Estado mexicano. La lucha por salud digna de todos implica la participación de todas las personas que integramos la sociedad, incluyendo a las trabajadoras sexuales.

REFERENCIAS

- Aguila, Emma, Alisher R. Akhmedjonov, Ricardo Basurto-Dávila, Krishna B. Kumar, Sarah Kups, Howard J. Shaltz “Inequity and Social Policy in Mexico”. En *United States and México: Ties That Bind, Issues that Divide*, 103-128. Santa Mónica: RAND corporation, 2012.
- Aguilar Bustamante, Francisco, José A. Amozurrutia Jiménez, Raúl E. Molina Salazar, “Acceso con equidad de los servicios de salud en México: un enfoque institucional”. *Horizonte Sanitario* 17, núm. 3 (septiembre-diciembre 2018): 197-207.
- Aguilar, Luis F. “Introducción”. En *Política Pública*, compilado por Luis F. Aguilar, 17-60. México: Grupo Editorial Siglo XXI, 2010.
- Alinez Sánchez, Alfredo, Mayra Ortuño López, Marisol Cruz González, Marisol y Tania Lizeth Alaniz García. “Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y su correlación citocolpohistológica”. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México* 54, núm. 6 (noviembre-diciembre 2011): 13-17.
- Amparo en Revisión 226/2020, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación [SCJN], 11 de noviembre de 2020, Página 6.
- Aracena-Genao, Belkis, María González-Robledo, Luz María González-Robledo, Lina Sofía Palacio Mejía y Gustavo Nigenda López. “El fondo de protección contra gastos catastróficos: tendencia, evolución y operación”. *Salud Pública de México* 53, supl. 4 (2011): 407-415.
- Avalos Capín, Jimena. Derechos sexuales y reproductivos. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2017. <https://www.rua.unam.mx/portal/recursos/ficha/74560/derechos-reproductivos-y-sexuales>.
- Benoit, Cecilia; Nadia Oullet y Miket Jansson. “Unmet health care needs among sex workers in five census metropolitan areas of Canada” *Canadian Journal of Public Health* 107, núm. 3 (2016): 266-271.
- Binagwaho, Agnés, Mawuena Agbonyitor, Aimable Mwananawe. “Developing Human Rights-Based Strategies to Improve Health Among Female Sex Workers in Rwanda”. *Health and Human Rights* 12, núm. 12 (diciembre 2010): 89-100.

- Binns, Colin y Low, Wah-Yun. "Sex Workers Need Public Health Too". *Asia Pacific Journal of Public Health* 27, núm. 8 (diciembre 2015): 804-805.
- Cámara de Diputados. *Programa del Seguro Social*. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2005.
- Catungal, John Paul. "Critic, advocate, enforcer: the multiple roles of academics in public policy". En *Engaging with Policy, Practice and Publics, Intersectionality and Impacts*, editado por Sarah Marie Hall y Ralitsa Hiteva, 135-153. Bristol: Bristol University Press, 2020.
- Cejudo, Guillermo M. y Cynthia L. Michel. "Coherencia y políticas públicas. Metas, instrumentos y poblaciones objetivo". *Gestión y Política Pública* XXV, núm. 1 (primer semestre de 2016): 3-31.
- Cho, Sumi, Kimberlé Williams Crenshaw y Leslie McCall. "Toward a Field of Intersectionality Studies: Theory, Applications, and Praxis". *Journal of Women in Culture and Society* 2, núm. 4 (verano 2013): 785-810.
- Comisión Nacional de Protección en Salud. *Indicadores de Resultados del Segundo Semestre de 2005 (Reporte No. 6): Seguro Popular*. México: 2006
- Comisión Nacional de Protección en Salud. *Indicadores de Resultados del Segundo Semestre de 2006: Seguro Popular*. México: 2007.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Resultado del Segundo Semestre Año Fiscal 2004: Seguro Popular*. México: enero 2005.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el "máximo de los recursos de que disponga" de conformidad con un protocolo facultativo del pacto, E/C.12/2007/1 (21 de septiembre de 2007).
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 3 de La índole de las obligaciones de los Estados Parte, E/1991/23 (14 de diciembre de 1990).
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14 (2000), El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, A/HRC/14/20 (25 de abril al 12 de mayo de 2000).
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 19, El derecho a la seguridad social, E/C.12/GC/19 (4 de febrero de 2008).

- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22 (2013), Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, E/C.12/GC/22 (2 de mayo de 2016).
- Consejo de Salubridad General, “Prevención, diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención”. México: 2012.
- Consejo Nacional de Población. Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. México: Gobierno de México, 2016.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [CPEUM], Diario Oficial de la Federación [DOF] 7-02-1984, últimas reformas DOF 08-05-2020 (Méx.)
- Courtis, Christian. “La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales: apuntes introductorios”. En *Ni un paso atrás. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*, coordinado por Christian Courtis, 3-61. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales, 2006.
- Cunningham, Fiona y Kristine M. Jacquin. “The Age of Entry into Sex Work is a Myth”. *American College of Forensic Psychology* (2018): 1.
- Davis D., Adrienne. “Regulating Sex Work: Erotic Assimilationism, Erotic Exceptionalism, and the Challenge of Intimate Labor”. *California Law Review* 103, núm. 5 (octubre 2015): 1195-1275.
- Derecho a la protección de la salud. Dimensiones individual y social. Pleno de la Suprema Corte de Justicia [SCJN] Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, tomo I, febrero de 2001, Tesis 1ª./J. 8/2019 (Méx).
- Derecho a la Salud. Impone al Estado obligaciones de garantizar que sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización. Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación [SCJN], Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, tomo XXXIV, agosto de 2011, Tesis P. XVI/2011 (Méx).
- Derecho a la Salud. No se limita el aspecto físico, sino que se traduce en la obtención de un determinado bienestar general. Pleno de la Suprema Corte de Justicia [SCJN], Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, tomo XXX, diciembre de 2009, Tesis 1ª./J. 8/2019 (Méx).

- Ferrer Mac-Gregor, Eduardo y Carlos María Pelayo Moller. “La obligación de “respetar” y “garantizar” los derechos humanos a la luz de la jurisprudencia de la Corte Interamericana”. *Estudios Constitucionales* 10, núm. 2 (2012): 141-192.
- Frenk, Julio, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-Dantés, Miguel Ángel Lezana, Felicia Marie Knaul. “Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México” *Salud Pública en México* 49 (2007): 23-36.
- Frenk, Julio y Octavio Gómez-Dantés. “Ethical and Human Rights Foundations of Health Policy: Lessons from Comprehensive Reform in Mexico”, *Health and Human Rights Journal* 17, núm. 2 (diciembre 2015): 31-37
- Global Network of Sex Work Projects. “Sex Work and the Law: Understanding Legal Frameworks and the Struggle for Sex Work Law Reforms”. NSWSP Briefing Papers núm. 7, Edimburgo, Escocia, 2014. <https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Sex%20Work%20%26%20The%20Law.pdf>
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. *Programa de Acción Específico 2013-2018, Sistema de Protección Social en Salud*. México, 2013.
- Gobierno de México. “Afiliación histórica del Sistema de Protección Social de Salud”. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Gobierno de México, publicado el 3 de octubre de 2019. <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/afiliacion-historica-del-sistema-de-proteccion-social-en-salud#:~:text=A%20diciembre%20de%202018%2C%2053,la%20poblaci%C3%B3n%20total%20del%20pa%C3%ADs.>
- Gobierno de México. “¿Tienes alguna duda del Seguro Popular? Consulta las preguntas frecuentes”. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Publicado el 23 de septiembre de 2019, <https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/articulos/tienes-alguna-duda-del-seguro-popular#:~:text=En%20la%20mayor%C3%ADa%20de%20los,los%20%242%2C074.97%20hasta%20los%20%2411%2C378.86>
- González-Block, M., Zapata O Leyva R y Alagón J. Lowe R, “Health Services Decentralization in Mexico: Formulation, Implementation and Results of Policy”. *Health Policy and Planning* 4, núm. 4 (1989): 301-315.

- Hankivsky, Olena y Renee Cormier. “Intersectionality and Public Policy: Some Lessons from Existing Models”. *Political Research Quarterly* 64, núm. 1 (marzo 2011): 217-229.
- Infante, Cesar, Sandra G. Sosa-Rubí, Silvia Magali Cuadra. “Sex Work in Mexico: Vulnerability of Male, Travesty, Transgender and Transsexual Sex Workers”. *Culture, Health and Sexuality* 11, núm. 2 (febrero 2009): 125-137.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. *Diagnóstico y Tratamiento de la Patología Mamaria Benigna, de primer y segundo nivel de atención*. CLAVE CIE 10. ISBN 978-607-8270-73-6.
- Juárez-Ramírez, Clara, Margarita Márquez-Serrano, Nelly Salgado de Snyder, Blanca Estella Pelcastre-Villafuerte, María Guadalupe Ruelas-González y Hortensia Reyes-Morales. “La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos, indígenas y migrantes” *Revista Panam de Salud Pública*, (2014): 284-290.
- Knaul, Felicia Marie; Héctor Arreola Ornelas, Óscar Méndez-Carniado, Chloe Bryson-Cahn, Jeremy Barofsky, Rachel Maguirre, Martha Miranda, Sergio Semsá, “Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México” *Salud Pública en México* 49, (2007): 70-87.
- Laurell, Ana Cristina. *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2013.
- Leal Fernández, Gustavo. “¿Protección social en salud? Ni “seguro” ni “popular”” *Estudios Políticos*, núm. 28 (enero-abril 2013): 163-193.
- Ley general para prevenir, sancionar y erradicar los delitos en materia de trata de personas y para la protección y asistencia a las víctimas de estos delitos [LGPSEDMTPPAVD], art. 10-13, Diario Oficial de la Federación [DOF] 14-06-2012, últimas reformas DOF 14-06-2012, (Méx.).
- Ley General de Salud [LAD], Diario Oficial de la Federación [DOF] 17-02-1984, última reforma 15-05-2003 (Mex.).
- Lutz, Helma. “Intersectionality as a Method”. *Journal of Diversity and Gender Studies* 2, núm. 1-2 (2015): 39-44.
- Leyva-Flores, René, César Infante-Xibille, Juan Pablo Gutiérrez, Frida Quintino-Pérez, “Inequidades persistentes en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012”. *Salud Pública de México* 55, suplemento 2 (2013): 123-128.

- Mac-Gregor, Eduardo Ferrer y Pelayo-Moller, Carlos María. “La obligación de “respetar” y “garantizar” los derechos humanos a la luz de la jurisprudencia de la Corte Interamericana” *Estudios Constitucionales* 10, núm. 2 (2012): 121-192.
- Madden Dempsey, Michelle. “Sex trafficking and criminalization: in defense of feminist abolitionism” *University of Pennsylvania Law Review* 103, núm. 5 (octubre 2015): 1195-1275.
- Medina Quiroga, Cecilia. *La Convención Americana: vida, integridad personal, libertad personal, debido proceso y recurso judicial*. San José: Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de Chile, 2005.
- Merino, Mauricio. *Ensayo sobre la intervención en la solución de problemas públicos*. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2014.
- Merino, Mauricio. “Los programas de subsidios al campo. Las razones y sinrazones de una política mal diseñadas”. Centro de Investigación y Docencia Económicas: Documento de Trabajo núm. 299, Ciudad de México, México, 2009
- Merino, Mauricio. “Muchas Políticas y un solo derecho”. En *Democracia, Transparencia y Constitución. Propuestas para un debate necesario*, coordinado por Sergio López Ayllón, 127-155. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2006.
- Miller, Alice M. “Human Rights and Sexuality: First Step Toward Articulating a Rights Framework for Claims to Sexual Rights and Freedoms”. *Proceedings of Annual Meeting American Society of International Law* 93 (March 24-27, 1999): 288-303.
- Navarro, María Fernanda. “INSABI, brazo operativo del Sistema de Salud”. *Forbes México*, 16 de febrero, 2021.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Indicadores de Derechos Humanos: guía para la medición y aplicación*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas, 2012.
- Organización Mundial de la Salud. *Prevention and Treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low-and-middle-income countries. Recommendations for public health approach*. Ginebra: WHO library Cataloguing-in-Publication Data, 2012.

- Organización Mundial de la Salud. “Respuesta a la violencia contra las personas trabajadoras del sexo”. Consultado el 10 de marzo de 2021. https://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/swit_2_es.pdf?ua=1.
- Organización Mundial de la Salud. “Servicios clínicos de apoyo”. En *Implementación de Programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones elaborativas*. Ginebra: Biblioteca de la Organización Mundial de la Salud, 2015.
- Organización Mundial de la Salud. *Sexual Health, Human rights, and the Law*. Ginebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2015.
- Overs, Cheryl y Kate Hawkins. “Can rights stop the wrongs? Exploring the connections between framing of sex workers’ rights and sexual and reproductive rights”. *BMC International Health and Human Rights*, núm. 11 (2011): 1-10.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 16 de diciembre de 2020, UNGA 2200 A(XXI).
- Principio de progresividad de los derechos humanos. La prohibición que tienen las autoridades del Estado mexicano de adoptar medidas regresivas no es absoluta, pues excepcionalmente éstas son admisibles si se justifican plenamente. Pleno de la Suprema Corte de Justicia [SCJN] Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Décima Época, tomo I, octubre de 2017, Tesis 1ª/J. 87/2017, (Méx).
- Principio de progresividad de los derechos humanos. Su concepto y exigencias positivas y negativas. Pleno de la Suprema Corte de Justicia [SCJN] Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, tomo I, octubre de 2017, Tesis 1ª./J. 85/2017, (Méx).
- Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar, Diario Oficial de la Federación [DOF] 21-12-2020.
- Redacción. “Gobernadores del PAN firman convenio de no adhesión al INSABI”. *El Universal*, 10 marzo de 2020.
- Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social, and cultural rights, including the right to development, UNGA, A/HRC/29/33 (4 de abril de 2016) (por Anand Grover).

- Sales, Francisco J. *A 30 años de la descentralización de los Servicios de Salud*. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2012.
- Secretaría de Gobernación. “¿Qué requisitos se necesitan para tramitar el Seguro Popular?”. *Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, 23 de septiembre de 2019. <https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/articulos/tienes-alguna-duda-del-seguro-popular#:~:text=En%20la%20mayor%C3%ADa%20de%20los,los%20%242%2C074.97%20hasta%20los%20%2411%2C378.86>.
- Secretaría de Gobernación. “Tabuladores del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos”. Consultado el 20 de febrero de 2021. <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/index.php/transparencia-focalizada/24-gestion-de-servicios-de-salud/50-tabuladores-del-fondo-de-proteccion-contra-gastos-catastroficos>.
- Secretaría de Salud. *Informe de Resultados del Sistema de Protección en Salud, enero-diciembre 2015: Seguro Social*. México: 2016.
- Secretaría de Salud. *Informe de Resultados del Sistema de Protección en Salud, enero-diciembre 2016: Seguro Popular*. México: 2017.
- Secretaría de Salud. *Informe de Resultados del Sistema de Protección en Salud, enero-diciembre 2017: Seguro Social*. México: 2018.
- Secretaría de Salud. *Informe de Resultados del Sistema de Protección en Salud, enero-diciembre 2018: Seguro Social*. México: 2019.
- Seron, Caroll. “The Two Faces of Law and Inequality: From Critique to the Promise of Situated, Pragmatic Policy”. *Law and Society Review* 50, núm. 1 (marzo 2016): 9-33.
- Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de Resultados 2007: Seguro Popular*. México: 2008.
- Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de Resultados 2008: Seguro Popular*. México: 2009.
- Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de Resultados 2009: Seguro Popular*. México: 2010.
- Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de Resultados 2010: Seguro Popular*. México: 2011.
- Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de Resultados 2011: Seguro Popular*. México: 2012.

- Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de Resultados 2012: Seguro Popular*. México: 2013.
- Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de Resultados 2013: Seguro Popular*. México: 2014.
- Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de Resultados 2014: Seguro Popular*. México: 2015.
- Secretaría de Salud. “INSABI, brazo operativo del Sistema de Salud”. Consultado el 16 de febrero de 2021.
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/524100/INSABI.pdf>.
- Tamez González, Silvia y Eibenschutz, Camila. “El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud”. *Revista de Salud Pública* (2008): 133-145.
- Trata de personas en su modalidad de obtener un beneficio para la explotación de una o más personas mediante la prostitución y aprovechando una situación de vulnerabilidad. Elemento que diferencia a este delito de la organización libre y voluntaria en el desempeño del trabajo sexual. Pleno de la Suprema Corte de Justicia [SCJN] Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, tomo I, octubre de 2017, Tesis I.7°. P.75, Página 3225.
- Uribe Gómez, Mónica, Katya Rodríguez Gómez, Marcela Aguedo Botero. *Salud sexual y reproductiva en México: Determinantes sociales y acceso a los servicios del Seguro Popular en el municipio León-Guanajuato*. México: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2015.
- United Nations AIDS. *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work*. Ginebra: UNAIDS, 2012.
- United Nation AIDS. *Guideline Note on HIV and Human Rights*. Ginebra: UNAIDS, 2006.
- Wolffers, Ivan; Nel vaan Beleen. “Public Health and the human rights of sex workers”. *The Lancet* 361 (June 7, 2013).
- Zota-Bernal, Andrea Catalina. “Incorporación del análisis interseccional en las sentencias de la Corte IDH sobre grupos vulnerables, su articulación con la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos”. *Revista de la Cultura de la Legalidad*, núm. 9 (octubre 2015-marzo 2016): 67-85.

BIBLIOGRAFÍA

- Centro de Documentación, Información y Análisis del Gobierno de México. “Informe presidencial Vicente Fox de Quezada”. Publicado en 2006. <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/re/RE-ISS-09-06-19.pdf>.
- Frenk, Julio y Octavio Gómez-Dantes. “Designing a framework for the concept of health”. *Journal of Public Health Policy* 35 (junio 2014): I-6
- Global Network of Sex Work (@GlobalSexWork). “#FeministsWantsSystemChange: Because achieving #Gender Equality” is not possible without addressing the structural barriers to women’s human rights. And we need #InternationalSolidarity and the inclusion of sex workers to make that happen. #Beijing25 #MulilateralismMatters”, Twitter, Julio 21, 2020. <https://twitter.com/globalsexwork/status/1285502700105474048>
- Presidencia de la República. “Versión estenográfica de la conferencia de prensa matutina | miércoles 8 de enero, 2020” Publicada el 8 de enero de 2020. <https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-miercoles-8-de-enero-2020?idiom=es>.
- Sanders, Bernard. “Health care is a Human Right”. 8 de junio de 2009. https://healthcareisahumanright.org/wp-content/uploads/2015/04/Health_Care_Is_a_Right_Not_a_Privilege_Sen_Bernie_Sanders.pdf.