

Coalición por la salud de las mujeres

RETOS LEGISLATIVOS

El Estado laico mexicano y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Agenda legislativa pendiente en salud sexual y reproductiva.

Aciertos y desaciertos en el acceso a la información pública sobre Programas y Normas Oficiales de prevención y atención de la violencia familiar y de género.

Presupuesto para mujeres, Seguro Popular y salud materna.

Atención obstétrica universal: cambio legislativo ineludible para disminuir la mortalidad materna.

Las Mujeres Indígenas y la Muerte Materna.

Mujeres y VIH/SIDA.

La urgencia de mejorar la salud sexual de adolescentes en México.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Compromisos Internacionales.

Directorio de especialistas.

Coordinación General

Erika Cervantes Pérez
Comunicación e Información de la Mujer.

Autoras

Aidé García Hernández y Elizabeth C. Plácido,
Católicas por el Derecho a Decidir A. C.

María Luisa Sánchez Fuentes,
y Brenda Rodríguez Ramírez
Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE.

Raffaella Schiavon Ermani
y Elsa Antonia Pérez Paredes
Ipas, México, A.C.

Daniela Díaz Fundar,
Centro de Análisis e Investigación A.C.

Sergio Meneses Navarro, Graciela Freyermuth Enciso,
David Meléndez Navarro
Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos
en México A.C. (CPMSR)

Lina Berrio y Natalia Reyes
Kinal Antzetik Distrito Federal A.C.

Axela Romero C.
Salud Integral para la Mujer, A.C. SIPAM

Lorena Santos Zárate y Esperanza Delgado
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C.
MEXFAM

Emily Louise Barcklow y María Eugenia Romero Contreras
Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C.
y Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población-DF

Edición

Eva Rodríguez de Jesús.

Diseño y Formación

Jesús García

Primera Edición
Coalición por la Salud de las Mujeres.

2008
© Derechos reservados
Coalición por la Salud de las Mujeres
Balderas 86, Col. Centro, Del. Cuauhtémoc,
C.P. 06050, México, D.F.



El Estado laico mexicano y la salud sexual y reproductiva de las mujeres

Aidé García Hernández y Elizabeth C. Plácido,
Católicas por el Derecho a Decidir A. C.

Introducción

El carácter laico del Estado mexicano es condición imprescindible para garantizar el acceso a la protección de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Si bien el artículo 130 constitucional establece el principio histórico de la separación Iglesias- Estado, es necesario incluir los principios enunciados como condición indispensable para garantizar la objetividad y racionalidad científica en las diferentes cuestiones que atañen a la libertad de las personas y grupos sociales. En este sentido el Estado laico busca garantizar un marco de respeto y equilibrio de las decisiones privadas, personales o colectivas para garantizar los derechos humanos de todas y todos.

Cuestiones relacionadas con el cuerpo y la sexualidad, la enfermedad y la muerte, la investigación científica y la bioética, o la emancipación de las mujeres, esbozan posibles conflictos entre la ley civil o la ley penal, modifican las leyes de salud pública y población, cuestionan las representaciones morales colectivas así como la libertad de decisión individual. Por lo que para garantizar los derechos y las libertades de las personas se deben elaborar normas colectivas sin que alguna religión o convicción particular domine al orden político y/o jurídico y las instituciones públicas.

En consecuencia, la laicidad debe prevalecer en la elaboración de normas jurídicas, en el diseño, instrumentación y evaluación de las políticas públicas, así como en las decisiones judiciales relacionadas con el acceso de las mujeres a la protección a la salud sexual y reproductiva. Derecho que debe de interpretarse en consonancia con los estándares más altos de protección de los derechos humanos y que como lo reconocen algunos instrumentos internacionales: las manifestaciones de la propia religión y creencias tienen límites que deben estar contenidos en las leyes para no obstaculizar el acceso a este derecho.

La existencia de un Estado laico es una exigencia de las sociedades modernas y democráticas. La laicidad supone la armonización de cuatro principios:

- 1) Respeto a la libertad de conciencia y de su práctica individual y colectiva;
- 2) Autonomía de lo político y de la sociedad civil frente a las normas religiosas y filosóficas particulares;
- 3) Igualdad ante la ley sin excepción; y
- 4) No discriminación directa o indirecta hacia las personas.

Diagnóstico

Si bien el artículo 4º Constitucional establece que el hombre y la mujer son iguales ante la ley, que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos/as y que toda persona tiene el derecho a la protección de la salud, en la realidad de nuestro país se muestra que, a pesar de los compromisos internacionales adquiridos, de los avances en las legislaciones y los programas de gobierno, estos derechos se encuentran alejados de la vida cotidiana de muchas mujeres.

Sobretudo en los últimos ocho años la jerarquía católica conservadora y los grupos de extrema derecha se han reposicionado en el quehacer político del país y en el debate público pretendiendo imponer sus valores y normas morales en la salud, reproducción y sexualidad de las mujeres. Ámbitos que hasta entonces, por el carácter laico del Estado mexicano, habían quedado en mucho resguardados de la intervención de estos grupos. Sin embargo, situaciones tales como:

- El impulso a iniciativas de ley y de reformas constitucionales que buscan “reconocer y proteger” la vida desde el momento de la concepción en detrimento de los derechos reproductivos de las mujeres.

- La presencia de funcionarios/as públicos/as con posturas conservadoras respecto al uso del condón, la anticoncepción de emergencia, la educación sexual a jóvenes, el ejercicio de la sexualidad, la interrupción legal del embarazo, la diversidad sexual, que anteponen creencias personales y religiosas a la responsabilidad de diseñar e instrumentar políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva apegadas a criterios científicos y laicos.
- Casos de gobernadores de distintos niveles de gobierno -estatal y municipal- que destinan recursos públicos para apoyar acciones de la Iglesia Católica y grupos de ultra derecha¹.
- Las amenazas de excomunión que hace la jerarquía católica a quienes apoyan el derecho a decidir de las mujeres sobre su sexualidad y reproducción; pero en cambio protegen y mantienen en la impunidad a los curas que realizan actos de pederastia y abuso sexual.

Son acciones que van en detrimento de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, de la prevención y atención de las personas que viven con VIH y el SIDA, del derecho de las personas del mismo sexo por casarse, del derecho a la educación sexual de las y los jóvenes, y del acceso a la justicia a las víctimas de pederastia y abuso sexual cometido por sacerdotes.

Agenda pendiente

- Reconocer explícitamente el carácter laico del Estado mexicano y fortalecer la autonomía de las decisiones políticas del Estado frente a las doctrinas religiosas y creencias específicas, a través de reformar los artículos 40, 115 y 130 constitucionales.
- Vigilar que las políticas públicas y presupuesto en materia de salud sexual y reproductiva, población, planificación familiar, prevención y atención de VIH- SIDA, educación sexual, entre otras, se enmarquen en criterios laicos, científicos y acorde con los estándares más altos de protección de los derechos humanos.
- Garantizar procesos de armonización legislativa en materia civil y penal, entre los ámbitos federal y local, para proteger el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

¹ Tal es el caso en 2008 del Gobernador de Jalisco Emilio González Márquez, quien donó dinero del erario público para la construcción de un santuario cristero. Otro caso se dio en 2004 cuando un legislador desvió fondos públicos destinados a la prevención del VIH-SIDA, para otorgárselos a la organización ultra derechista ProVida.]

Agenda legislativa pendiente en salud sexual y reproductiva

María Luisa Sánchez Fuentes

Brenda Rodríguez Ramírez

Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE

Introducción

El Estado mexicano ha suscrito diversos Tratados, Conferencias y Acuerdos internacionales¹ que lo obligan a brindar a sus ciudadanos un marco integral de derechos humanos y a ofrecer garantías de acceso a la salud integral, incluida la sexual y reproductiva. Esos mismos instrumentos definen a la salud reproductiva como “Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.”² Sin embargo en México es poco lo producido en este rubro³.

De acuerdo con un análisis hecho por el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres de la Cámara de Diputados, la productividad legislativa en la materia ha sido escasa: durante las LVII, LVIII y LIX Legislaturas sólo se presentaron siete iniciativas. Una en la LVIII y el resto en la LIX y ninguna aprobada. Hasta el momento, la LX Legislatura, tampoco ofrece otro panorama.

En la Cámara de Diputados, durante las últimas legislaturas fueron presentadas, mas no necesariamente aprobadas, iniciativas de ley relacionadas con temas diversos vinculados al avance de las mujeres. Sin embargo, particularmente en salud sexual y reproductiva, el Estado mexicano tiene una deuda pendiente que podría subsanarse a través del Poder Legislativo. Los diputados podrían actualizar la legislación sanitaria federal, conforme a los estándares más altos de derechos humanos y atendiendo, entre otras, las recomendaciones hechas por el Comité de Expertas de la CEDAW al gobierno mexicano en agosto de 2006, en las que lo instan a que amplíe la cobertura de los servicios de salud, en particular la atención de la salud reproductiva [...] y a que trate de eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres tengan acceso a esos servicios.⁴

Diagnóstico

Hablar de la agenda legislativa pendiente sobre salud sexual y reproductiva en el Congreso federal implica llamar la atención sobre la poca relevancia que estos tienen para la mayoría de los legisladores. Para es

necesario apuntar contundentemente que en la legislatura pasada y la que está en curso sólo han habido dos iniciativas vinculadas al tema que buscan modificar la Ley General de Salud. Mal síntoma, peor si se atiende a los pocos resultados.

La primera iniciativa fue presentada en 2005 por las entonces diputadas Martha Lucía Micher Camarena del PRD y Diva Hadamira Gastellum del PRI. El objeto de la iniciativa consistía en sustituir el Capítulo de Atención Materno Infantil por uno de Salud Sexual y Reproductiva. Actualmente la LGS incluye la tácita caracterización de la mujer exclusivamente en su rol reproductivo, pues la única ocasión en que hace referencia expresa a la mujer es al regular la atención materno-infantil, señalando que ésta comprende, entre otras acciones: “la atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio”. Es evidente que la problemática que presenta la salud reproductiva excede a la procreación. Pese a que durante la LIX Legislatura esta iniciativa fue dictaminada favorablemente por las Comisiones Unidas de Salud y Equidad y Género en diciembre de 2005 y presentada al pleno en el orden del

¹ Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo 1994), Conferencia Mundial de la Mujer (Pekín, 1995), Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Convención de los Derechos del Niño, Objetivos del Desarrollo del Milenio, entre otras más.

² Párrafo 7.2 del Programa de Acción de la CIPD, El Cairo 1994.

³ Arriaga, Carol B. “Los derechos sexuales y reproductivos”, En: El adelanto de las mujeres a través del trabajo parlamentario: comentarios a las iniciativas de género en la LVII, LVIII y LIV Legislaturas de la Cámara de Diputados. Coordinadoras Teresa Incháustegui y Tania Reneaum. México: Cámara de Diputados, CEAMEG, 2007, p. 273-295

⁴ Recomendación núm. 33, del Comité de Expertas de la CEDAW al gobierno mexicano en agosto de 2006. CEDAW/MEX/CO/6

día del 27 de abril de 2006. En esta LX Legislatura, el Dictamen citado se turnó a las mismas Comisiones para su revisión, únicamente en lo referente a técnica legislativa. Finalmente, por considerarla innecesaria y a que no había una postura internacionalmente aceptada, la iniciativa se desechó.

La segunda iniciativa fue promovida por la diputada del PAN Leticia Díaz de León en 2008. El objetivo de es incluir la perspectiva de género en la Ley General de Salud y, al mismo tiempo, asegurar la continuidad de programas y acciones del gobierno federal, además, busca reducir la mortalidad de las mujeres por causas evitables y atender sus principales padecimientos. Sin embargo, a través del articulado propuesto no se encuentran disposiciones tendientes a lograr este objetivo, menos aun, se aborda el aborto en condiciones de riesgo como causa de muerte materna prevenible mediante la atención por personal calificado, en aquellos casos en los que el aborto es legal de acuerdo a la legislación local aplicable. Por otro, pese a que utiliza un lenguaje adecuado para referirse a la atención de la salud sexual y reproductiva, el contenido mismo de la iniciativa no es el de una Ley, si no más bien de contenidos programáticos de los cuales algunos ya se encuentran en operación. Actualmente, esta iniciativa se encuentra en Comisiones y aunque la consideramos perfectible, puede ser un punto de partida para

que finalmente la salud sexual y reproductiva tome dentro de la legislación su verdadera dimensión como tema prioritario.

Mientras el marco jurídico de la salud sexual y reproductiva siga estando incompleto, la carencia contribuirá a que este aspecto de la salud de la población mexicana arrastre problemas como la falta de acceso y cobertura a educación sexual, a anticonceptivos, a abortos legales en condiciones seguras y a que mantenga los altos índices de morbilidad y mortalidad materna, embarazos adolescentes, entre otros problemas. Es, asimismo, prioritario que el Legislativo también garantice una provisión equitativa de los recursos y servicios de salud en la materia para coadyuvar en la creación de las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.⁵

Agenda pendiente

Como se destaca a lo largo de las aportaciones que incluye esta carpeta, legislar en materia de salud sexual y reproductiva es una prioridad. Para contar con legislación que responda a las necesidades identificadas, ésta debe cubrir ciertas características:

- Ofrecer un marco conceptual de derechos humanos, género, interculturalidad, derecho a la salud sexual y reproductiva, laicidad del estado, desarrollo de la ciencia.

- Ofrecer un marco legislativo armónico en lo federal y estatal, que a la vez haga exigible la elaboración de políticas públicas acordes.
- Garantizar la atención según las necesidades de los diferentes grupos poblacionales.
- Asignación suficiente de presupuestos y que éstos sean etiquetados.
- Transparencia y rendición de cuentas en los recursos asignados que puedan ser vigilados desde el Poder Legislativo y organizaciones civiles.
- Actualizar la legislación federal en materia de salud sexual y reproductiva, tal como se propone en esta hoja informativa.

5 El Gobierno de México se comprometió a otorgar servicios de salud sexual y reproductiva, en concordancia, particularmente, con las Acciones 4 y 5 del Documento final de la Cumbre Mundial 2005 (UN 2005b) de las Metas del Milenio, *cfr.* Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas 2006.

Aciertos y desaciertos en el acceso a la información pública sobre programas y normas oficiales de prevención y atención de la violencia familiar y de género

Raffaella Schiavon Ermani
Elsa Antonia Pérez Paredes
Ipas, México, A.C.

Introducción

Desde los años noventa, se ha reconocido la violencia -en sus diferentes formas- como un problema de salud pública en la que organismos nacionales e internacionales, gubernamentales y de la sociedad civil han mostrado una profunda preocupación por la violencia, sus causas y sus consecuencias.

México ha sido de los países que se han suscrito a compromisos internacionales y nacionales asumiendo a no sólo a atender en sus servicios de salud las lesiones, sino también las consecuencias de la violencia, en la que la Secretaría de Salud es responsable de las estrategias, programas y acciones que permitan combatir este problema desde el ámbito de la salud.

El *Programa de Acción específica sobre prevención y atención de la violencia familiar y de género* es el instrumento rector de las políticas públicas para prevenir y atender la violencia familiar y de género en el Sistema Nacional de Salud, el cual se

desprende del Plan Nacional de Desarrollo-PND y del Programa Nacional de Salud-PRONASA 2007-2012. A su vez, existen normas oficiales que enmarcan las estrategias de los programas, como lo es en este caso la *NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*.

Diagnóstico

I. Publicación pendiente de la Norma Oficial Mexicana, NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Aún cuando ha sido aprobada desde el 21 de julio del 2008 en el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, al día 10 de octubre del 2008 se cumplen 82 días de no publicarse en el Diario Oficial de la Federación la nueva *Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*, lo cual atenta con la normatividad y procedimientos de acceso a la información pública.

Por otro lado, la Secretaría de Salud ha repetidamente afirmado que el fenómeno de la violencia debe consi-

derarse un problema de salud pública prioritario a resolver, en los mensajes emitidos en las comparecencias, tanto en el Senado como en la Cámara de Diputados, por motivo del Informe Anual de Gobierno.

II. Continuidad incierta del Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual

En el *Programa de Acción específica sobre prevención y atención de la violencia familiar y de género* no se identifica la continuidad del Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual lo cual es preocupante debido a los aportes normativos y técnicos que dicho Modelo ha generado en los servicios de atención de violencia familiar y de género dentro del Sector Salud.

Agenda pendiente

- La difusión moratoria de los programas sectoriales y su ubicación en espacios de poca consulta ciudadana puede ser una barrera de acceso a la información pública.
- La demora de la publicación oficial y pública de los programas sectoriales y normas oficiales provoca que el monitoreo, ejercicio presupuestario y operatividad por parte de los diferentes agentes, no sea el óptimo ni el apegado a los procedimientos regulatorios.
- La falta de sincronía y transparencia en la publicación oficial de los documentos rectores como: a) El Programa de Acción específica sobre prevención y atención de la violencia familiar y de género; b) La NOM-046-SSA2-2005 y; c) El Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual de la Secretaría de Salud, dificulta la homologación y el empare de las estrategias, enfoques, prioridades (operativas y presupuestales) y acciones en respuesta al fenómeno de la violencia familiar y de género.

Posterior a la presentación del PRONASA 2007-2012 en el año 2007, existió un periodo en que los programas sectoriales no habían sido oficialmente publicados, por lo que algunas organizaciones sociales y la Coalición por la Salud de las Mujeres haciendo uso de la Ley de de Transparencia y Acceso a la Información, solicitaron mediante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, información sobre los programas publicados de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud en su versión definitiva y oficial. Dicha información fue identificada que provenía de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud desde junio del presente año.



Presupuesto para mujeres, Seguro Popular y salud materna

Daniela Díaz

Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C.

Introducción

El tema de la salud de las mujeres es presentado como de suma importancia en los Planes Nacionales de Desarrollo y de Salud 2007-2012, lo cual debe reflejarse en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2009 y anteriores. Pese a ese planteamiento, hay inconsistencia entre el discurso plasmado en los planes mencionados y el diseño del presupuesto.

Desde hace años las organizaciones civiles han empujado la agenda del presupuesto para las mujeres, como un primer paso sustantivo para avanzar hacia un presupuesto con enfoque de género. Tal esfuerzo logró concretarse en la Cámara de Diputados durante la discusión del Proyecto del PEF 2008, mediante la conformación de la Mesa Interinstitucional de Presupuestos hacia la Igualdad de Género,¹ se etiquetó el gasto para mujeres en un anexo específico, 9.A, hecho que se vio fortalecido al incorporar la administración federal el artículo 25 (ambos en el Decreto del PEF).

Gasto etiquetado para mujeres en el Anexo Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres PEF 2008 y PPEF 2009

Millones de pesos

Anexo 9.A. PEF 2008	7,024.8
Anexo 10. PPEF2009	39,825.5
5.6 veces por incluir parte del gasto asignado al programa Oportunidades	

Fuente: SHCP, PEF 2008 y Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2009, disponible en <http://www.shcp.gob.mx>

Es de resaltar que las dos acciones afirmativas del PEF 2008, se reiteran en el **Proyecto de Decreto del PEF 2009 (PPEF), ahora con el artículo 29 y el Anexo 10.** La primera es un mecanismo con el que el Ejecutivo Federal pretende impulsar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres a través de la incorporación de la perspectiva de género en el diseño, elaboración, aplicación, seguimiento y evaluación de resultados de los programas de subsidios de la Administración Pública Federal; la segunda etiqueta las Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres

Aun la inclusión de dichas herramientas, estas no son suficientes para visualizar el gasto en salud que afecta a las mujeres de la llamada población abierta.²

Situación profundizada desde la implementación del Sistema de Protección Social en Salud, pues la mayor parte de dicho presupuesto se canaliza a través del Seguro Popular (brazo operativo del SPSS). Un claro ejemplo, es la invisibilidad del presupuesto que se gasta en la atención para salud materna en general y la mortalidad materna en particular.

Diagnóstico

Con la puesta en marcha del Seguro Popular (SP), se ahondó la descentralización, a los recursos del Ramo 33 – FASSA (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud), se le sumaron los del SP para ser transferidos a los gobiernos locales, con serios problemas de control y de rectoría desde el ámbito federal.³ Casi todos los recursos para la atención materna y para la mortalidad materna se canalizan por el SP.

Muerte materna y Meta del Milenio

Año	Razón	Fallecimientos por muerte materna
1990	90.4	2,190
2006	60.0	1,166
2007	55.8	809*
2015: Meta del Milenio Razón y N° muertes	22.0	548

* Defunciones maternas, Hasta semana epidemiológica 45.

Fuente: Ssa, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, Salud materna en México 2007-2012 Avances y retos, noviembre 2007.

Para la Meta del Milenio, Programa Arranque Parejo en la Vida, p. 18, México, 2007. Disponible en <http://www.spps.salud.gob.mx/interior/apv.html>

1 Compuesta por la Comisión de Equidad y Género de la H. Cámara de Diputados, el Instituto Nacional de las Mujeres, las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y la Función Pública, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG) y Fundar como representante de la Coalición por la Salud de las Mujeres.

2 Es decir fuera del régimen de la seguridad social del IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX y Marina. En consecuencia bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud.

3 El monto asignado al Seguro Popular es de 41,368,161,540 de pesos, este es exclusivamente para el SP, no considera el gasto establecido para el Programa de Desarrollo Oportunidades, ni el Seguro Médico para una Nueva Generación, programas cuyos recursos también provienen del Sistema de Protección Social en Salud.

Sin embargo, el reconocimiento discursivo no se plasma en el PEF, por ejemplo el programa Arranque Parejo en la Vida (implementado desde el año 2002), diseñado para atender específicamente dicho problema, no cuenta con recursos propios. La salud materna presupuestalmente hablando, pasó a convertirse en una más de la serie de intervenciones establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud del SP, separando los recursos del programa y acotándola a la visión económica de la demanda de los servicios por sobre una política nacional, ante uno de los eventos más importantes en salud y desarrollo del país.

Presupuesto asignado a la Secretaría de Salud y al Seguro Popular 2008 y proyecto 2009, Pesos constantes al año 2009*

	2008	2009
Secretaría de Salud	72,773,689,727	76,659,268,164
Seguro Popular	37,834,174,623	41,368,161,540
%SP/Ssa	51.98	53.96

* Sin el gasto asignado al programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
Fuente: SHCP, PEF Aprobado 2008, Proyecto PEF 2009, disponibles en www.shcp.gob.mx

Desde la publicación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en el año 2003 mediante la modificación de la Ley General de Salud, su peso en el presupuesto total asignado al Ramo 12 – SSA (Secretaría de Salud) ha ido en aumento, convirtiéndose en el pilar de la arquitectura financiera en la atención en salud para más del 50 % de la población en México.

En los Decretos del PEF 2008, en su artículo 38, y del Proyecto del PEF 2009, artículo 39, se establecen obligaciones de rendición de información y de techos en los rubros de gasto del SPSS. La información correspondiente a está incompleta en la página de internet del SP referente a transparencia: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/pef2008>. Además el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación entre el SPSS y gobierno estatal, que es el instrumento donde se establecen las disposiciones por concepto de cuota social y aportación solidaria federal que conforman los recursos federales que se transfieren a los estados, son firmados durante el segundo semes-

tre del año fiscal en curso, por tanto son inexistentes las rendiciones de cuenta del gasto en curso, no son claros ni públicos —si los hay— los mecanismos de control del uso de los recursos durante es periodo de desfase entre presupuesto aprobado y firma del Anexo IV.

Agenda pendiente

Para la negociación del PEF 2009

- Con todo lo anterior, más el escenario de serias dificultades económicas para el año 2009, es imperioso que en el PEF 2009 se mantengan las acciones sustantivas vinculadas al gasto asignado a mujeres dirigidas a mejorar su condición: Artículo 29 y Anexo 10. De igual forma que el gasto etiquetado se incremente al del año 2008.
- Un componente fundamental es etiquetarlo y aumentarle el gasto al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, órgano rector en esas materias, a los cuales pertenece la política en

salud materna y mortalidad materna y en consecuencia recursos específicos al Programa Arranque Parejo en la Vida, para el ejercicio de rectoría del programa, diferenciando el gasto dirigido a mujeres de los infantes.

- Un punto central es que el Estado mexicano determine recursos definidos en el PEF hacia la atención de las mujeres pertenecientes a la población abierta, para su atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, bajo los esquemas de atención universal y gratuidad.
- Otro elemento sustantivo para solucionar estos problemas estructurales — de la disociación de programas y gasto— es abrir la información del Seguro Popular por entidad federativa, en los espacios estatales y federales de transparencia y rendición de cuentas, asunto que debería implantarse en el Artículo 39 del Decreto del Proyecto PEF 2009.
- Con base en estos antecedentes, es fundamental modificar las leyes y normas que regulan el Presupuesto de Egresos de la Federación, empezando por la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, para que los artículos y el anexo aquí comentado, queden definitivos y no estén sujetos a la voluntad política anual ni a los vaivenes económicos.

Atención obstétrica universal: cambio legislativo ineludible para disminuir la mortalidad materna

Sergio Meneses Navarro, Graciela Freyermuth Enciso, David Meléndez Navarro
Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México

Introducción

Después de 15 años de trabajo continuo de diversos actores, la muerte materna forma parte de la agenda pública. Desde el año 2000, México se encuentra comprometido en los objetivos del Milenio, entre los que se encuentra el de disminuir la razón de muerte materna (RMM) en las tres cuartas partes para el año 2015, en relación a la razón registradas en 1990. En el año 2002 inicia un programa de acción nacional diseñado para atender el tema: Arranque Parejo en la Vida. La Secretaría de Salud, por medio de la Dirección de Información en Salud, promovió la mejora del sistema de registro de muertes maternas. En el 2003 se inició la puesta en marcha de una de las reformas a la ley general de salud más profunda, rediseñando el mecanismo para atender y ejercer el derecho a la protección en salud en México. En el año 2008, el presidente del país anunció la implementación de un programa denominado "Embarazo Saludable", que haría posible el acceso a los servicios de salud a mujeres de escasos recursos, promoviendo la afiliación de las embarazadas al Seguro Popular de Salud.

Diagnóstico

No obstante los logros obtenidos en esta última década, aún permanecen retos urgentes que atender y el

Desde su creación, en 1993, el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos (CPMSR) ha desempeñado las funciones de:

1. Dar a conocer cifras oficiales sobre la mortalidad materna y sensibilizar sobre la importancia y magnitud el problema desde una perspectiva de género e intercultural;
2. Identificar y promover iniciativas innovadoras que contribuyan al abatimiento de la mortalidad y morbilidad maternas, e impulsar su inclusión en las políticas públicas y las agendas de organismos gubernamentales y no gubernamentales;
3. Producir, recopilar y difundir materiales sobre el tema entre sus asociados y personas interesadas,
4. Promover la capacitación sobre temas claves en salud reproductiva, monitoreo y evaluación de políticas públicas a través actividades diversas, y
5. Diseñar y desarrollar estrategias innovadoras y demostrativas de investigación-acción

progreso en la disminución de la ocurrencia de la MM en los últimos años, sugiere que el gobierno mexicano no logrará cumplir con la meta 5 de los objetivos del milenio. La ocurrencia de la mortalidad materna continúa entre las mujeres de los sectores sociales más marginados, mientras que el proceso de afiliación al Sistema de Protección en Salud no ha sido el esperado para obtener cobertura universal para el 2010.

En el periodo de 1998 al 2006, a nivel nacional, se registraron 11,820 muertes¹ maternas. Este penoso acumulado nos muestra que cada 6 a 8 horas muere una mujer en México por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. La RMM acumu-

lada en los nueve años del periodo 1998-2006² revela que son cinco estados riesgosos que contribuyen con un número mayor de muertes; Guerrero, Chiapas, Distrito Federal, Oaxaca y Veracruz.

En ese mismo periodo, de acuerdo al tamaño de localidad de residencia de las mujeres que fallecieron durante la maternidad, la mayor RMM la presentan las localidades con menos de 2500 habitantes. Por otro lado, los municipios de muy alta marginación registran RMM de 172.42 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra tres veces superior a la que se registra en aquéllos con marginación baja o muy baja.³

1 Secretaría de Salud, Cubos Dinámicos de Información en Salud, <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html>.

2 El dato se obtuvo de la división de la suma de las defunciones por estado para el periodo 1998-2006 entre el número de nacidos vivos estimados.

3 Lozano R, Núñez R, Duarte M, Torres J. Evolución y tendencias a largo plazo de la mortalidad materna en México. En: Zúñiga E, Coordinador. México ante los desafíos de desarrollo del Milenio. México. CONAPO; 2005

El artículo 4º de la Constitución mexicana establece que *toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud*. A su vez, la Ley General de Salud (LGS) implanta dos criterios de acceso a los servicios: a) ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social o del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), o b) pertenecer a la población general no derechohabiente de dichos servicios. La atención materno-infantil es motivo de salubridad general (artículo 3º de la LGS) y se incluye en el paquete de servicios básicos de salud (artículo 27 de la LGS) dirigidos a la toda la población. Los servicios de salud materno-infantil se prestarán en establecimientos públicos de salud, regidos por *criterios de universalidad y gratuidad fundada en las condiciones socio-económicas de los usuarios* (artículo 35 de la LGS).

De acuerdo a la Secretaría de Salud, para el 2006, el 86% del total de defunciones maternas fueron totalmente evitables. Dichas mujeres habrían salvado la vida si hubiesen tenido acceso a una atención obstétrica de emergencia oportuna y de calidad.

Agenda Pendiente

Ante los datos presentados, consideramos que uno de los retos indispensables de afrontar es el mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de obstetricia en las regiones y municipios con menor IDH, que son los que registran RMM más altas en el país. Proponemos una política de acceso universal a los servicios obstétricos.

Sin embargo, a pesar de que el Estado es responsable de garantizar los derechos sociales, **ni la Constitución ni la**

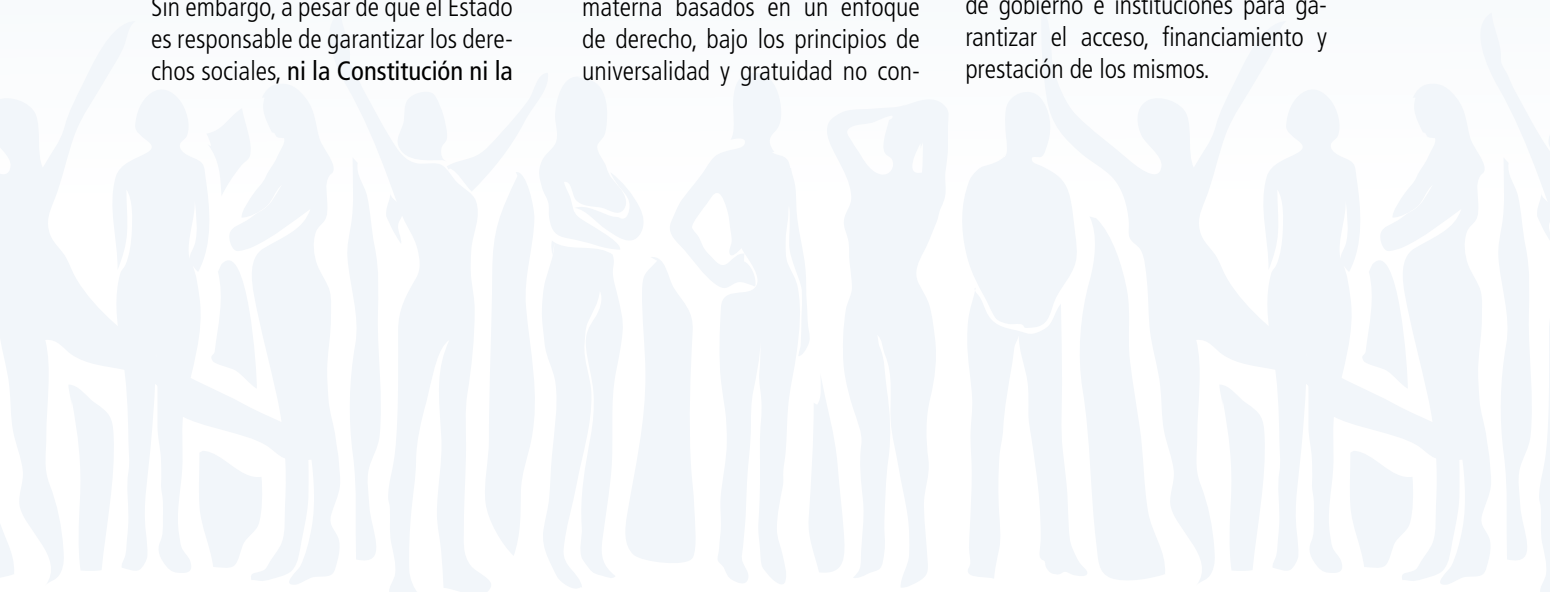
LGS establecen la obligación jurídica del Estado mexicano para garantizar el acceso universal, efectivo, oportuno, de calidad y gratuito a los servicios de salud materna para todas las mujeres, independientemente de su condición de afiliación o no a la seguridad social o al SPSS o a cualquier otro criterio de exclusión. De este modo, y toda vez que los servicios de salud materna son costo-efectivos, generan grandes externalidades positivas y encierran profundas implicaciones para la equidad de género y justicia social, consideramos adecuados dos cambios estructurales en el nivel sistémico de las políticas:

- Se deben redefinir los criterios de acceso a los servicios de atención materna basados en un enfoque de derecho, bajo los principios de universalidad y gratuidad no con-

dicionada a la capacidad de pago ni al estado de derechohabencia a un esquema de seguridad o protección social.

- Debe quedar explícitamente definida la responsabilidad del Estado para garantizar el financiamiento y prestación de los servicios de salud materna, además de definirse claramente las bases para la participación de los diferentes niveles de gobierno (federal, estatal y municipal).
- Es necesario que en el presupuesto federal y de los estados sea posible identificar el financiamiento de programas específicos como Arranque Parejo en la Vida y Embarazo Saludable para poder hacer contraloría social.

En el nivel programático deben definirse las intervenciones costo-efectivas para incluirse dentro de los servicios de atención materna universales y gratuitos. Dichas intervenciones deben contener, por lo menos, los servicios de planificación familiar y anticoncepción, atención calificada del parto, y atención obstétrica de emergencia. Vale señalar que dichas intervenciones ya se incluyen en el paquete esencial de servicios, pero aun no queda clara la responsabilidad del Estado, ni la concurrencia de los diferentes niveles de gobierno e instituciones para garantizar el acceso, financiamiento y prestación de los mismos.



Las Mujeres Indígenas y la Muerte Materna

Lina Berrío y Natalia Reyes
Kinal Antzetik Distrito Federal A.C.

Introducción

El estado de abandono que enfrentan los pueblos indígenas en nuestro país, y particularmente las mujeres, es una realidad innegable. La esperanza de vida para las poblaciones indígenas de Guerrero, Oaxaca y Chiapas es 10 años menor a la del resto del país; la tasa de analfabetismo entre las mujeres indígenas es de 42.2%, o cual está muy por encima de la media nacional (27.3%) y duplica la del analfabetismo entre hombres indígenas que es del 24.6%. El monolingüismo femenino prácticamente duplica al de los varones pues encontramos 636.620 mujeres que sólo hablan su lengua materna, mientras el número de hombres indígenas monolingües es de 371.083¹

La tasa de fecundidad, si bien se ha reducido considerablemente en los últimos años, sigue siendo más elevada entre la población indígena con 2.4 hijos respecto a 2.1 que es la media nacional.²

Diagnóstico

Las organizaciones de mujeres indígenas han señalado insistentemente la urgencia de trabajar el tema de la calidad de los servicios, sus derechos como pacientes a un trato digno y sin discriminación por parte del personal de salud, así como la imperiosa necesidad de incorporar un enfoque de interculturalidad en salud el cual debe

SALUD DE MUJERES INDÍGENAS MEXICANAS

En materia de salud, la situación no es menos grave. El número de mujeres indígenas que fallecen por muerte materna triplica a la media nacional y son los estados con mayor población indígena donde se concentran las tasas más altas. Tales son los casos de aquellas entidades federativas que hasta este 2008, según datos oficiales registran las más alta razón de muerte materna* en el país como son: En primer lugar Oaxaca con 100.6, le sigue Guerrero con 97.7, y en tercer lugar Chiapas con 80.5. La razón de mortalidad materna nacional registrada hasta este 2006 es de 61.9.

Las razones de estas elevadas tasas son múltiples:

Altos costos de una intervención médica, lejanía de los servicios y dificultades para acceder a un centro de salud, ausencia de vías de comunicación adecuadas, un servicio de baja calidad y poco sensibles a las especificaciones culturales y las prácticas en salud de las mujeres indígenas.

Adicionalmente 40% de mujeres indígenas presentan anemia, lo cual aumenta el riesgo de sufrir complicaciones durante los procesos asociados a la gestación.

* Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos estimados

incluir desde personal hablante de lenguas indígenas hasta el reconocimiento y la valoración a los sistemas de salud tradicionales de cada pueblo.

El Plan Nacional de Salud 2007-2012

Tales preocupaciones fueron ampliamente señaladas en los foros de consulta previos al Plan Nacional de Salud, particularmente en el de Me-

dicina Tradicional, y en otros espacios anteriores. Sin embargo, la estrategia aprobada en el Plan 1 para dar respuesta a las necesidades de este sector está basada en una lógica de focalización de la atención a los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, que no necesariamente se corresponde con los que presentan las tasas más altas de muerte materna.

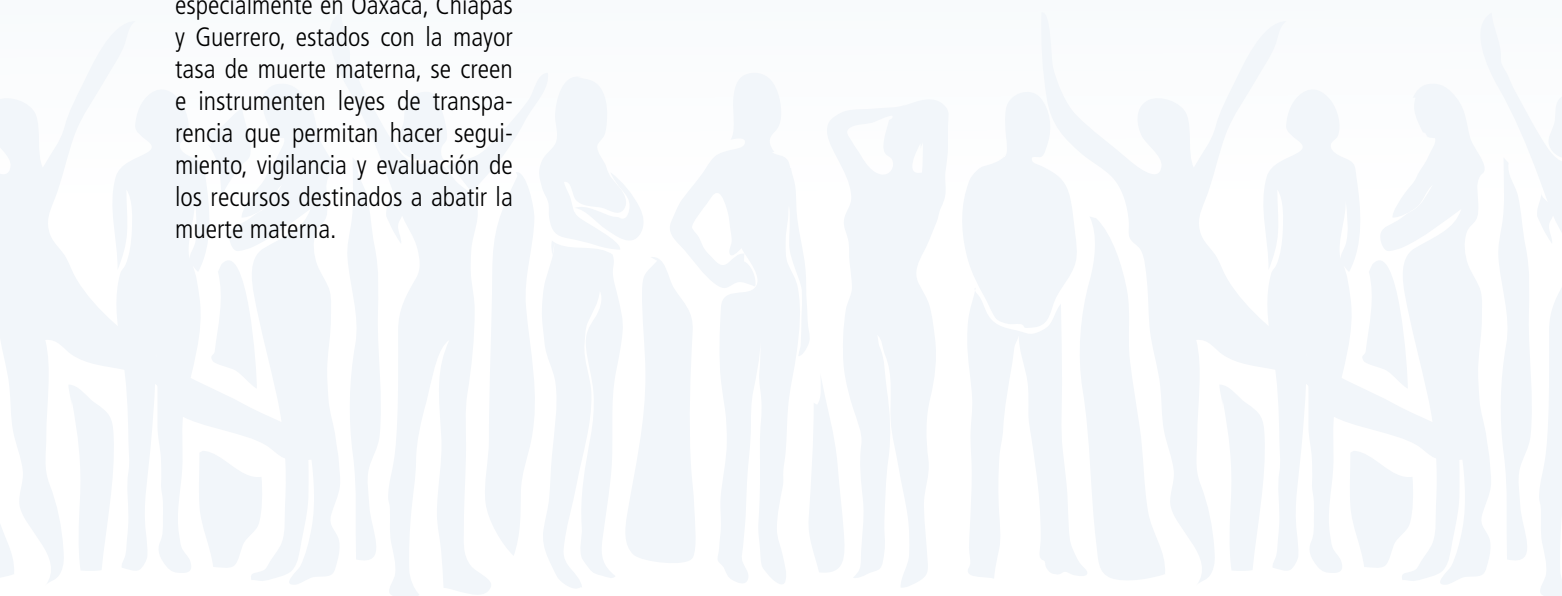
¹ Los datos de los dos primeros párrafos proceden de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Indicadores con perspectiva de Género, México, 2006.

² Según datos de I Consejo Nacional de Población en su estudio: Proyecciones de la Población de México 2005-2050 en internet <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>

Por otra parte, la estrategia de focalización sólo contribuye a agudizar el enorme rezago que ya vienen arrastrando las poblaciones indígenas, en tanto deja por fuera a una inmensa cantidad de personas a quienes no se les está garantizando el disfrute a la salud como un derecho humano fundamental ni a los recursos humanos y materiales que permitan garantizar servicios de calidad, accesibles, de amplia cobertura y culturalmente sensibles para toda la población.

Agenda Pendiente

- Promover e impulsar el aumento y etiquetación de presupuesto a nivel federal, estatal y local para la atención y combate a la muerte materna, vinculado a indicadores y metas específicas relacionadas a este problema.
- Legislar sobre la gratuidad de los servicios de urgencias obstétricas así como en la rendición transparente de cuentas, acciones, estrategias y resultados del programa "Arranque parejo en la vida".
- Rescatar la medicina tradicional y alternativa como herramienta de apoyo para la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- Crear e impulsar en todo el país, especialmente en Oaxaca, Chiapas y Guerrero, estados con la mayor tasa de muerte materna, se creen e instrumenten leyes de transparencia que permitan hacer seguimiento, vigilancia y evaluación de los recursos destinados a abatir la muerte materna.
- Incluir en la Ley de Hacienda Pública sobre el concepto 4 del ramo 33 la obligatoriedad de los ayuntamientos en aplicar recursos para la optimización de la operación dedicadas a la atención de las urgencias obstétricas, así como a la rendición de cuentas del ejercicio de esos recursos.
- Armonizar la legislación vigente en el país respecto a los acuerdos internacionales suscritos por México en materia de derechos humanos, género, salud sexual y reproductiva e interculturalidad e incorporarlos a las legislaciones locales correspondiente desde la perspectiva de la prevención y atención a la mortalidad materna.
- Realizar, desde la Comisión de Equidad y Género de la Cámara de Diputados, acciones de sensibilización sobre los temas de morbi-mortalidad materna y acuerdos internacionales, con las y los integrantes de las comisiones de Hacienda, Presupuesto, Derechos Humanos, Justicia, Educación, Salud y Asuntos Indígenas para que conozcan sus contenidos y participen en las asignaciones presupuestales.



7 Mujeres y VIH/SIDA

Axela Romero C
Salud Integral para la Mujer, A.C.

Diagnóstico

El VIH se expande ahí, donde las brechas de desigualdad son mayores, así en América Latina, la tendencia se agudiza pues la prevención y atención no se inscriben en la promoción de los Derechos Humanos ni en la visibilización de las desigualdades de género¹ en diversos contextos sociales², aspectos centrales al control epidemiológico y a la articulación de una efectiva respuesta nacional contra el VIH/SIDA.

México ocupa el tercer lugar de América y el Caribe en número absoluto de casos de SIDA. De 1983 a junio de 2008 hay reportados 121,718 casos de SIDA, pero debido al subregistro podría llegar hasta los 195,000. Cada año mueren 3 mil personas de SIDA en México³.

En el 2007, se registraron 5,402 nuevos casos de SIDA y de enero a junio del 2008 se habían detectado 1,767 nuevas infecciones. Si bien, se desconoce la categoría de transmisión del 35% del total de los casos registrados, la vía sexual como medio de contagio representa el 92.2 %. Actual-

Más de 33 millones de personas viven hoy en el mundo con el virus de inmunodeficiencia humana VIH. Diariamente hay más de 6,800 nuevas infecciones y más de 5,750 defunciones. 50% de todos los adultos que viven con el VIH son mujeres, en comparación con el porcentaje de 41% que tenían en 1997; el 64% de las nuevas infecciones corresponde a mujeres jóvenes entre 15 a 24 años que viven en países en desarrollo, delinendo así la primera tendencia mundial: el SIDA se ha convertido en una de las principales causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva en América, Europa Occidental y África .

mente, las entidades federativas con más casos registrados acumulados de SIDA son el Distrito Federal (21,287 casos), Estado de México (13,059 casos); Veracruz (10,914 casos) y Jalisco (10,240 casos).⁴

La evidencia de la tendencia hacia la feminización, está determinada por el incremento de mujeres infectadas en relación con las cifras totales: en el 2000 las mujeres representaban el 14.3% del total de los casos reportados; en el 2006 el 17% y en el 2007 del 17.2%.⁵ Las mujeres representan a mitad del 2008 el 17.5% de la población total reportada, con 21,256 casos⁶, lo que significa que en el primer semestre del 2008 ya han sido detectadas 1,308 nuevas infecciones en mujeres.

A pesar del reconocimiento del incremento del número de mujeres que viven con VIH/SIDA, el Programa Nacional de Salud⁷ invisibiliza a las mujeres en su conjunto y muestra una visión limitada al considerarlas "transmisoras del virus" y no sujetas que requieran condiciones para su protección⁸. Con esa misma limitación, el Programa de acción para la Prevención y Control del SIDA 2007-2012⁹ incluye únicamente acciones y metas dirigidas a prevenir la transmisión de mujeres embarazadas y de trabajadoras sexuales. Con ello, se omite las condiciones de riesgo que enfrentan las mujeres ante la falta de información y decisión para la prevención.

1 Organización Panamericana de la Salud, Hoja Informativa Género y UNGASS sobre el VIH/SIDA.

2 Las mujeres están siendo afectadas en mayor medida dadas las brechas de desigualdad de clase, etnia y edad. Otros contextos relevantes en la conformación del riesgo son los fenómenos migratorios, el incremento de la violencia de género, la trata de personas y el limbo de la doble moral en que se encuentra el trabajo sexual.

3 Dirección de Investigación Operativa del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Cifras del VIH/SIDA. Datos al 30 de junio del 2008. Revisado en: www.salud.gob.mx/conasida.

4 Idem.

5 Uribe-Zúñiga P, et. Al, Situación de la mujer mexicana frente a la infección por VIH/SIDA. En: Rico B. et al. Eds. Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina. Una agenda de investigación-acción. Cuernavaca, Morelos, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1997. Este cambio implica modificaciones importantes en la relación, que en 1987 era de 23 hombres con SIDA por cada caso femenino y hoy es de 5 hombres por cada mujer, exceptuando las Entidades de Hidalgo, Puebla, Tlaxcala y Morelos en donde la razón es de 3 a 1.

6 Idem.

7 Línea de acción dirigida a "Impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por el VIH y otras ITS. no incorpora ninguna acción de prevención dirigida a mujeres. Las medidas de control existentes (Estrategia para la interrupción de la transmisión perinatal y la distribución gratuita y focalizada de condones) no incorporan la perspectiva de género.

8 Marrugat Nuria, Un Balance Ciudadano: Lo Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en las Políticas Federales de Salud 2007. Primer año de gobierno de Felipe Calderón, 2008. Salud Integral para la Mujer, A.C.p. 29.

9 Programa que a octubre de 2008 no se había publicado en ninguna de las páginas electrónicas de la Secretaría de Salud ni el la propia del CENSIDA. Se encuentra publicado en: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y CENSIDA. "25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos". México, 2008.

Agenda Pendiente

- Mejorar los sistemas de información epidemiológica, que evidencien la condición de género frente a la problemática del VIH en mujeres con identidades y condiciones de vida diversas, esta información es fundamental para el diseño de política pública y la etiquetación de recursos públicos para la prevención del VIH en mujeres.
- Es fundamental evaluar el trabajo realizado por el CENSIDA por incorporar la perspectiva de género y el enfoque de los Derechos Sexuales y Reproductivos a la acción Estatal de respuesta al VIH/SIDA a la luz de los compromisos contraídos por el Estado Mexicano en instrumentos y tratados internacionales.
- Los poderes del Estado Mexicano, desde sus diversos ámbitos de competencia (ejecutivo, legislativo y judicial) deben implementar un dispositivo integral que garantice el Derecho a la Salud de las Mujeres que viven con VIH y que atiendan a las mejores prácticas y a las experiencias exitosas en términos de prevención y atención especializada.
- Es imprescindible garantizar recursos suficientes y etiquetados para programas públicos de prevención y atención al VIH destinados específicamente a mujeres, que atiendan a la condición de género, que se basen en los avances científicos y que fortalezcan la acción lácica de las instancias públicas.



La urgencia de mejorar la salud sexual de adolescentes en México

Lorena Santos Zárate, Esperanza Delgado
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C. MEXFAM

Introducción

México vive la época de los adolescentes en cuanto a población se refiere. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el número de personas de entre 15 y 19 años más alto de la historia del país se alcanzará en el año 2010, llegando a la cifra de 10.4 millones, cifra que ascenderá a 21.2 millones si incluimos el grupo de 10 a 14 años; de esta manera, en el país se tendrán 10.5 y 10.7 millones de mujeres y hombres entre 10 y 19 años, respectivamente (CONAPO, 2006)¹.

Además del porcentaje que representan dentro de la estructura poblacional del país, es de sumo interés abordar el tema de los adolescentes por diversas razones. Éste es un grupo que enfrenta retos importantes y en donde no se experimentan cambios sensibles a pesar de esfuerzos que se han hecho en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, los adolescentes continúan teniendo su primer hijo a edades muy tempranas y poco se ha logrado para retardar este evento; las coberturas anticonceptivas de aquéllos sexualmente activos son bajas; muchos de ellos todavía no perciben el riesgo que conlleva tener relaciones sexuales no protegidas, no sólo de un embarazo no planeado sino de una infección de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH. Auna-

do a esto, otra problemática que no sólo aqueja a los adolescentes y jóvenes es el abuso y violencia sexual, donde cabe mencionar que existen denuncias que no proceden o redes de abuso impunes.

La permanencia en la escuela después de la secundaria muestra un descenso significativo: solamente la mitad continúa estudiando después de los 16 años y una quinta parte hasta los 20 años.²

Si a estos desafíos en salud se suman las barreras y limitantes para un libre acceso a niveles de educación media y superior así como a futuras fuentes de empleo, el adolescente en México enfrenta un panorama ensombrecido en esta etapa clave para su desarrollo.

Diagnóstico

La edad de inicio de la vida sexual en los adolescentes es a los 15–16 años de acuerdo a lo reportado por (ENADID) 2006. Se estima que dos de cada cinco mujeres se embarazan antes de cumplir los 20 años y la mayoría de éstos son embarazos no deseados ni planeados, siendo las principales causas la falta de acceso a métodos anticonceptivos y/o el limitado acceso a servicios de educación y salud sexual de calidad. El embarazo no planeado, en la mayoría de los casos, influye negativamente en el plan de

vida y desarrollo del adolescente. Se sabe que por esta razón se llegan a perder de 2 a 3 grados escolares.³ Alrededor del 70% de las adolescentes que se embarazan deja los estudios, abandona el trabajo y, en ocasiones, hasta el propio hogar.

El porcentaje de mujeres que en la adolescencia ya ha tenido un hijo producto de un embarazo no planeado ni deseado es elevado y no parece haber cambiado sustancialmente en los últimos diez años, lo cual es producto del poco éxito que han tenido las acciones y programas de salud así como la falta de políticas públicas que promuevan la educación sexual y la salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Los adolescentes en situación de pobreza son quienes tienen menos acceso a fuentes de información, menor grado de conocimiento sobre VIH/SIDA, equidad de género y prevención del embarazo; además de predominar las ideologías que van en contra del uso del condón en las relaciones sexuales, menor uso del condón, homofobia y con más prácticas de riesgo en relación con las ITS's (Caballero, 2008).⁴

Actualmente el mayor número de casos nuevos de VIH/SIDA se concentra en el grupo de 15 a 24 años (Palma, 2007). Alrededor de 70% de las per-

1 CONAPO (2006). Proyecciones de la población de México 2005-2050: Nacional. México, D.F.

2 CONAPO. La situación demográfica de México, 2006.

3 ENSAR 2003, ENADID 2006

4 Caballero JR (2008). "Factores de comportamiento asociados al riesgo de ITS y del VIH en adolescentes y jóvenes mexicanos. Revisión de estudios publicados entre 1983 y 2006", *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*; Claudio Stern: Coordinador, El Colegio de México y Population Council, México, pp.133-184.

sonas que emigran a Estados Unidos son adolescentes y jóvenes, viviendo situaciones de maltrato, violencia, discriminación y no acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

El derecho a la salud sexual y reproductiva se integra a un derecho humano más amplio: el derecho a la salud, como se expresa en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. El derecho a la salud es una garantía que deberán otorgar los estados para que las personas reciban servicios, incluidos los de salud sexual y reproductiva, sin excepción de sexo, edad, condición social, orientación, género, etc. En este sentido, los adolescentes tienen poco contacto con los servicios de salud: sólo 30% de las mujeres y 20% de los hombres entre 12 y 19 años utilizaron algún servicio de salud en un año, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Juventud de 2005 (Palma, 2007)⁵.

Un reto importante para los programas y políticas de planificación familiar es mejorar sustancialmente la calidad de la información sobre anticoncepción que se proporciona a las usuarias adolescentes antes que adopten el método anticonceptivo de su elección, dado que actualmente es muy deficiente y constituye el grupo

con la menor información al respecto, además de mejorar la información sobre aspectos básicos de educación sexual.

Agenda pendiente

- Revisión de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva que incluyan y den respuesta a las necesidades de los adolescentes, promovida por la vinculación entre el ámbito ejecutivo, el legislativo y la sociedad civil.
- Asignar mayores recursos al ejecutivo en el ámbito de salud, jóvenes y población para realizar campañas nacionales sobre educación sexual y salud sexual y reproductiva, dada la relevancia y urgencia de ser atendidas.
- Instar al Ejecutivo a la urgencia de publicar los programas de acción, en específico los que se refieren a adolescentes y el de población, considerando que a año y medio de ejercicio de la presente administración, no han sido publicados.
- Abrir espacios de colaboración e intercambio entre las diferentes comisiones como son las de: equidad de género, salud, educación, aten-

ción a grupos vulnerables, y jóvenes y deporte, con organizaciones de la sociedad civil (OSC) con experiencia en el trabajo con adolescentes y salud sexual y reproductiva.

- Etiquetación e irreductibilidad del presupuesto asignado para aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva de adolescentes, así como para la compra de métodos anticonceptivos.
- Diseño y ejecución de políticas públicas articuladas entre el Ejecutivo y la sociedad civil, que permitan proveer servicios de educación sexual y servicios de salud para el cuidado de la salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- Impulsar iniciativas para que en la Ley General de Salud se contemple de manera clara y explícita la salud sexual y reproductiva, ubicándola en la misma prioridad que la salud materno infantil.

5 Palma Y. (2007). "La salud de los adolescentes" en Foro Nacional Las políticas de población en México: Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población 2007-2012; Sesión 8, Mesa: Población y salud. México, junio.



Los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Compromisos Internacionales

Emily Louise Barcklow y María Eugenia Romero Contreras
Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C.
y Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población-DF

Introducción

México ha participado activamente en diversas reuniones, convenciones y conferencias internacionales convocadas por las Naciones Unidas. Desde allí han surgido acuerdos y tratados de gran trascendencia para favorecer el ejercicio y disfrute de los derechos de las mujeres.

Los indicadores de salud sexual y reproductiva de las mujeres, especialmente ellos relativo a la demanda insatisfecha de anticonceptivos, el embarazo en adolescentes y la mortalidad materna muestran resultados pobres que nos convoca a reiterar la urgencia de contar con leyes y políticas públicas que atiendan los compromisos internacionales que México ha firmado en los últimos años en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Diagnostico

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y los subsiguientes Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Social y Culturales (1976) y de Derechos Políticos y Civiles (1976) son el marco de referencia para los derechos sexuales y reproductivos. A partir de estos instrumentos estos derechos se han

ido nombrando y ratificando en varias conferencias y convenciones internacionales.

- En la primera conferencia mundial sobre los Derechos Humanos (Teherán 1968), se reconoció por primera vez el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de hijas e hijos y los intervalos entre los nacimientos.
- La Primera Conferencia Mundial de las Mujeres (México, 1975) planteó que el derecho a la planificación familiar es esencial para la igualdad de género.
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (1979) planteó medidas para superar las desigualdades de género y alcanzar la equidad, y la Convención sobre los Derechos del Niño/a (1989) ratificó el derecho a los servicios de planificación familiar.

Todas estas conferencias y convenciones ayudaron para que en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo) y en 1995 en la Cuarta Conferencia sobre la Mujer (Beijing), se elaborara plenamente el concepto de derechos reproductivos y se bosquejara el concepto de derechos sexuales, planteándolos como de inherente valor en sí y

necesarios para el disfrute de otros derechos fundamentales y el desarrollo de las naciones. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) no solo planteó el concepto de los derechos reproductivos, también estableció metas e indicadores para alcanzar el acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015.

Cabe señalar la importante participación de las organizaciones civiles y redes internacionales feministas en todas estas conferencias, en donde se han logrado legitimar, ante los gobiernos y agencias multilaterales, sus aportes y propuestas para impulsar y darle seguimiento a las estrategias planteadas.

En Septiembre de 2000, 189 Jefes de Estados se reunieron en la Cumbre de Milenio organizada por las Naciones Unidas. La Declaración del Milenio que resultó de este evento conforma la base de los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM). Los ODM consisten en ocho objetivos que tienen el fin de erradicar la pobreza extrema en el mundo. Cada objetivo tiene una o más metas y cada meta una serie de indicadores para su medición. A principios de 2002, se organizaron grupos de tareas conformados por expertas/os con el fin de elaborar un plan para

alcanzar la realización de los ODM en los plazos establecidos. Las recomendaciones de estos grupos, incluso la adición de metas nuevas, fueron tomadas en cuenta en el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005, en donde además se confirmó la importancia de la salud reproductiva para alcanzar los ODM.

De particular interés es la nueva meta del Quinto Objetivo sobre salud materna: lograr, para el 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Esta meta incluye los siguientes indicadores: 1) tasa de uso de anticonceptivos; 2) tasa de natalidad entre las adolescentes; 3) cobertura de atención prenatal; 4) necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. Esta meta y sus indicadores entraron en vigor a partir de la 62va Sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas realizada en el 2007.

Agenda Pendiente

El próximo año (2009) representa una oportunidad para revisar y ratificar las acciones del Estado mexicano para cumplir con los acuerdos firmados. Concretamente, se realizarán reuniones de revisión de los avances del Programa de Acción de la CIPD (CIPD+15) y se reportarán sobre las nuevas metas de los ODM.

En este marco, el Estado mexicano tendrá que:

- Revisar si sus acciones están encaminadas hacia el logro de estos compromisos para las fechas indicadas, algo que se pone en duda con las tasas reportadas del uso y demanda insatisfecha de anticonceptivos, embarazo en adolescentes y mortalidad materna. Parte de esta revisión incluye el análisis

sobre el presupuesto asignado a la salud reproductiva de las mujeres, algo que está dentro del ámbito del Congreso de la Unión.



Directorio de especialistas

Afluentes S.C.

Mayén Hernández Beatriz

Temas que investiga: Educación sexual, sexualidad y adolescencia, derechos sexuales, maestros y educación sexual, metodología de la enseñanza.
Teléfono oficina: 5563 1485, 5563 7978
Dirección: Giotto 58. Col. Mixcoac.
Del. Álvaro Obregón. C.P. 03910 México D.F.
E-mail: afluentes@prodigy.net.mx
bmayen@prodigy.net.mx

Rodríguez Ramírez Gabriela

Temas que investiga: Sexualidad y juventud, derechos sexuales, sexualidad en adolescentes rurales.
Teléfono oficina: 5563 1485, 5563 7978
Dirección: Giotto 58. Col. Mixcoac Del.
Álvaro Obregón. C.P. 03910 México D.F.
E-mail: afluentes@prodigy.net.mx,
gabriela_afluentes@prodigy.net.mx

Católicas por el Derecho a Decidir A.C.

García Hernández Aidé

Temas que investiga: Estado Laico, Derechos Humanos, Derechos Sexuales y reproductivos.
Teléfono Oficina: 55542902 / 55545748
ext. 24 y 15.
Dirección: Londres 234, Del. Coyoacán,
C.P. 04100, México, D.F.
E-mail: politicaspublicas@cddmx.org

Mejía María Consuelo

Directora
Temas que investiga: argumentos éticos-teológicos con relación al aborto, estado laico y derechos sexuales y derechos reproductivos.
Teléfono Oficina: 55542902 / 55545748
ext. 17 y 18.
Dirección: Londres 234, Del. Coyoacán,
C.P. 04100,
México, D.F.
E-mail: relacionesi@cddmx.org
politicaspublicas@cddmx.org

Plácido Elizabeth Cristina

Temas que investiga: Estado Laico, Derechos Humanos de las mujeres, Derechos Sexuales y reproductivos.
Teléfono Oficina: 55542902 / 55545748
ext. 24 y 15.
Dirección: Londres 234, Del. Coyoacán, C.P.
04100,
México, D.F.
E-mail: relacionesi@cddmx.org

Comunicación e Información de la Mujer A.C.

Lagunes Huerta Lucía

Secretaria Ejecutiva
Temas que investiga: Periodismo con perspectiva de género, mortalidad materna y derechos sexuales y reproductivos en los Medios de Comunicación, Democratización de los medios masivos de comunicación, capacitación a periodistas.
Teléfono Oficina: 55102033/55100085
/55125796 ext. 17.
Dirección: Balderas 86, Col. Centro,
Del. Cuauhtémoc, C.P. 06050, México, D.F.
E-mail: lagunes28@yahoo.com.mx

Cervantès Pérez Erika

Temas que investiga: Periodismo con perspectiva de género, mortalidad materna y derechos sexuales y reproductivos en los Medios de Comunicación, capacitación a periodistas.
Teléfono Oficina: 55102033/55100085
/55125796 ext. 20.
Dirección: Balderas 86, Col. Centro, Del.
Cuauhtémoc, C.P. 06050, México, D.F.
E-mail: ecervantes@cimacnoticias.com

Consortio para el Dialogo Parlamentario y la Equidad, A.C.

Cuevas Ortiz Lydia Daptnhe

Temas que investiga: Incidencia ciudadana feminista en el poder legislativo, legislación para la equidad y los derechos de las mujeres, equidad de género, no violencia y no discriminación de las mujeres, transversalidad de género desde el poder legislativo, articulación feminista, mortalidad materna
Teléfono oficina: 5512 4521
Dirección: 5 de mayo 32- 204. C.P. 06000,
Col. Centro, México D.F.
E-mail: consorcio@consorcio.org.mx

Juárez Pérez Martha

Temas que investiga: Derechos reproductivos, salud sexual y reproductiva
Teléfono oficina: 5512 4521
Dirección: 5 de mayo 32- 204. C.P. 06000,
Col. Centro, México D.F.
E-mail: martha@consorcio.org.mx

Yllescas Hernández Patricia

Temas que investiga: Incidencia ciudadana feminista en el poder legislativo, legislación para la equidad y los derechos de las mujeres, equidad de género, no violencia y no discriminación de las mujeres, transversalidad de género desde el poder legislativo, articulación feminista, mortalidad materna.
Teléfono oficina: 5512 4521
Dirección: 5 de mayo 32- 204. C .p. 06000,
Col. Centro, México D.F.
E-mail: consorcio@consorcio.org.mx

Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C.

Romero Contreras María Eugenia
Directora

Temas que investiga: Derechos sexuales y reproductivos, Ciudadanía, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Objetivos de Desarrollo del Milenio
Teléfono Oficina: 56 58 71 14/71 29
Dirección: Abasolo 201, Colonia Del Carmen, Coyoacán, CPP. 04100, México D.F.
E-mail: proyectos@equidad.org.mx

Fundar Centro de Análisis en Investigación A.C.

Díaz Echeverría Daniela Francisca

Temas que investiga: Presupuesto público, Seguro Popular y Mortalidad Materna.
Teléfono Oficina: 55543001 ext. 112
Dirección: Cerrada de Alberto Zamora #21.
Colonia Villa Coyoacán, Del. Coyoacán
C.P. 04000, México D.F.
E-mail: genero@fundar.org.mx

Meléndez Navarro David

Temas que investiga: Muerte materna, presupuestos en salud, sistemas de salud
Teléfono en oficina: 01 967 67 49100
ext. 4020
Dirección: Cuarzo 16, fraccionamiento bosques del pedregal, C.P. 29213
San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
Email:davidmn10@yahoo.com.mx

Ortiz Massó Melissa

Temas que investiga: Legislación en equidad y género, Monitoreo Comisión de Equidad y Género, Cámara de Diputados.
Teléfono Oficina: 55543001 ext. 121
Dirección: Cerrada de Alberto Zamora #21.
Colonia Villa Coyoacán, Del. Coyoacán, C.P.
04000, México D.F.
E-mail: melissa@fundar.org.mx

Pulido Miguel

Temas que investiga: Transparencia y acceso a la información, Derechos Humanos.

Teléfono Oficina: 55543001 ext. 118

Dirección: Cerrada de Alberto Zamora #21.

Colonia Villa Coyoacán, Del. Coyoacán, C.P.

04000, México D.F.

E-mail: miguel@fundar.org.mx

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)**Sánchez Fuentes María Luisa**

Temas que investiga: Derechos reproductivos, salud sexual y reproductiva, incluido el aborto.

Teléfonos: 5658 6645 y 5658 6684

Dirección: Viena 160, del Carmen,

Coyoacán, C.P. 04000,

México, D.F.

E-mail: maluisasf@gire.org.mx

Rodríguez Ramírez Brenda

Temas que investiga: Teorías feministas, movimientos de mujeres en América Latina, derechos reproductivos, salud sexual y reproductiva, incluido el aborto.

Teléfono en oficina: (55) 5658 6645 y

5658 6684 Dirección: Viena 160

Col. Del Carmen Coyoacán,

C.P. 04000, México, D.F.

Email: brenda@gire.org.mx

Ipas, México**Schiavon Ermani Raffaella**

Temas que investiga: Salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, aborto, anticoncepción de emergencia.

Teléfono Oficina: 11076969 ext. 107.

Dirección: Concepción Beistegui 106, Col.

Del Valle, C.P. 03100, México, D.F.

E-mail: schiavonr@ipas.org

Pérez Paredes Elsa Antonia

Temas que investiga: Políticas Públicas con perspectiva de género y desarrollo.

Teléfono Oficina: 11076969 ext. 110.

Dirección: Concepción Beistegui 106, Col.

Del Valle, C.P. 03100, México, D.F.

E-mail: perezee@ipas.org

Ramírez Sánchez Rubén

Temas que investiga: Salud sexual y reproductiva, derechos humanos, sexuales y reproductivos, aborto, capacitación, trabajo con facultades de medicina.

Teléfono Oficina: 11076969 ext. 111.

Dirección: Concepción Beistegui 106, Col.

Del Valle, C.P. 03100, México, D.F.

E-mail: ramirezr@ipas.org

Collado Miranda María Elena

Temas que investiga: Desarrollo de proyectos en general, salud sexual y reproductiva, adolescentes y jóvenes, comunidades.

Teléfono Oficina: 11076969 ext. 108.

Dirección: Concepción Beistegui 106, Col.

Del Valle,

C.P. 03100, México, D.F.

E-mail: colladom@ipas.org

Ramos Carrillo Celia

Temas que investiga: Atención a la violencia sexual, salud sexual y reproductiva, capacitación.

Teléfono Oficina: 11076969 ext. 112.

Dirección: Concepción Beistegui 106, Col.

Del Valle, C.P. 03100, México, D.F.

E-mail: ramosc@ipas.org

K'inal Antzetik D.F. A.C.**Palomo Sánchez Nellys**

Temas que investiga: Mortalidad materna y derechos sexuales y reproductivos en las comunidades indígenas, transformación de conflictos, políticas públicas en salud en Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

Teléfono Oficina: 55394377

Dirección: Calle San Simón # 82

departamento

306, Col. San Simón, Del. Benito Juárez,

C.P. México, D.F.

E-mail: kinaldf@yahoo.com.mx,

palomora@laneta.apc.org

Berrio Lina Rosa

Temas que investiga: Mortalidad materna y derechos sexuales y reproductivos en las comunidades indígenas, liderazgo de mujeres indígenas.

Teléfono Oficina: 55394377

Dirección: Calle San Simón # 82

departamento 306, Col. San Simón,

Del. Benito Juárez, C.P.

México, D.F.

E-mail: kinaldf@yahoo.com.mx

Reyes Andrade Amparo Natalia

Temas que investiga: Mortalidad materna y derechos sexuales y reproductivos en las comunidades indígenas.

Teléfono Oficina: 55394377

Dirección: Calle San Simón # 82

departamento 306, Col. San Simón, Del.

Benito Juárez, C.P., México, D.F.

E-mail: natalia9285@hotmail.com

Mexfam, A.C.**Santos Zárate Lorena Eutiquia**

Temas que investiga: Salud Sexual y Reproductiva en Jóvenes, discapacidad y diversidad sexual (SSR)

Teléfono Oficina: 54870030, ext. 276.

Dirección: Juárez 208, Col. Tlalpan, Del.

Tlalpan, C.P. 14000, México, D.F.

E-mail: lsantos@mexfam.org.mx

Díaz Sánchez José Vicente

Temas que investiga: Salud Sexual y Reproductiva. Planificación Familiar y Jóvenes

Teléfono Oficina: 54870030 ext. 207

Dirección: Juárez 208, Col. Tlalpan, Del.

Tlalpan, C.P.

14000, México, D.F.

E-mail: vdiaz@mexfam.org.mx

Salud Integral para la Mujer A.C.**Romero Cárdenas Axela**

Temas que investiga: Mujeres y VIH

Teléfono Oficina: 55325763/56749417.

Dirección: Vista Hermosa 89, Col. Portales,

C.P. 03300, México, D.F.

E-mail: direccion@sipam.org.mx

Marrugat Mendoza Nuria

Temas que investiga: Políticas públicas hacia la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres

Teléfono Oficina: 55325763/56749417.

Dirección: Vista Hermosa 89, Col. Portales,

C.P. 03300, México, D.F.

E-mail: monitoreo@sipam.org.mx

García Rojas Alejandrina

Temas que investiga: Género y VIH

Teléfono Oficina: 55325763/56749417.

Dirección: Vista Hermosa 89, Col. Portales,

C.P. 03300, México, D.F.

E-mail: sidamujeres@sipam.org.mx

García Ordoñez Diana

Temas que investiga: Jóvenes y derechos sexuales y reproductivos.

Teléfono Oficina: 55325763/56749417.

Dirección: Vista Hermosa 89, Col. Portales,

C.P. 03300, México, D.F.

E-mail: jovenes@sipam.org.mx

Chávez Fonseca María Eugenia

Temas que investiga: Medios de comunicación y Género

Teléfono Oficina: 55325763/56749417.

Dirección: Vista Hermosa 89, Col. Portales,

C.P. 03300, México, D.F.

E-mail: proyectoradio@sipam.org.mx