

COALICIÓN POR LA SALUD DE LAS MUJERES

TODOS LOS DERECHOS PARA TODAS Y TODOS:

DIAGNÓSTICO Y RETOS PENDIENTES RUMBO A
LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN NACIONAL DE
DESARROLLO, 2013-2018

2013



www.lacoalicion.org.mx

ÍNDICE

	Presentación	3
1	Estado laico: educación y salud Dra. Gabriela Rodríguez Ramírez	5
2	Derechos humanos, género e interculturalidad en el marco de la salud sexual y reproductiva Mtra. Lina Berrio Palomo, Lic. Gloria Mejía Elizondo y Lic. Patricia Lorena Yllescas	7
3	Salud reproductiva, presupuesto y políticas públicas Lic. Daniela Díaz Echeverría	11
4	Necesidad de acceso a la planificación familiar como derecho humano fundamental Mtra. Esperanza Delgado Herrera y Lic. Doroteo Mendoza	15
5	Maternidad segura en México Dra. Raffaella Schiavon Ermani, Dra. Graciela Freyermuth Enciso y Mtra. Silvia María Loggia	18
6	Aborto seguro Dra. Raffaella Schiavon Ermani y Lic. Julia Escalante de Haro	22
7	Mujeres y VIH Sida Mtra. Eugenia López Uribe, Dra. Tamil Kendall y Lic. Gabriela García Patiño	25
8	La salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas Mtra. Lina Berrio Palomo	28
9	La salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes Mtra. Esperanza Delgado Herrera y Lic. Jennyfer Jiménez González	31
10	Los derechos sexuales y reproductivos y los compromisos internacionales Mtra. Martha Juárez Pérez	36

PRESENTACIÓN

La coalición por la Salud de las Mujeres

Somos una red de organizaciones de la sociedad civil, con un consolidado trabajo en el tema de salud y derechos sexuales y reproductivos:

1. **Comité promotor por una maternidad segura.**
2. **Consortio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad**
3. **Salud Integral para la Mujer, Sipam**
4. **Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, Mexfam**
5. **Ipas México**
6. **Fundar, Centro de Análisis e Investigación**
7. **Kinal Antzetik. Distrito Federal**
8. **Comunicación e Información para la Mujer, Cimac**
9. **Balance**
10. **Observatorio de Mortalidad Materna en México**

Particularmente los temas en los que trabajamos son: análisis presupuestario, salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes, VIH-Sida en mujeres, salud y mortalidad materna y salud sexual y reproductiva en mujeres indígenas.

La Coalición tiene como objetivo fundamental fortalecer la política pública en salud sexual y reproductiva y la incidencia en el poder legislativo federal, con el fin de ampliar la asignación de gasto en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Por eso, hacemos un llamado a nuestros representantes, funcionarias y funcionarios públicos para incorporar e integrar en el diseño de las prioridades nacionales a la ciudadanía, para contribuir a la construcción participativa y democrática del Plan Nacional de Desarrollo, los Programas Sectoriales y Específicos de Acción y al mismo tiempo, apropiarnos de

manera corresponsable de los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) es el instrumento del gobierno mexicano en el que se plasmarán los objetivos nacionales, las estrategias y las prioridades del desarrollo integral y sustentable del país, de acuerdo con la ley vigente.

Es la carta de navegación que durante un sexenio indicará a las dependencias de gobierno los programas a desarrollar y permitirá a la ciudadanía vigilar las acciones que se identifiquen como prioritarias para atender las principales necesidades del país.

La Coalición por la Salud de las Mujeres participa de esos mecanismos de consulta. A través de este documento hacemos llegar nuestras propuestas para que los asuntos de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres mexicanas estén incorporados como un eje prioritario de la planeación nacional.

Este documento no solo recoge las necesidades documentadas por las organizaciones de la sociedad civil que integramos la Coalición, sino también se suman las necesidades sentidas por las diversidad de mujeres en nuestro país, mujeres residentes urbanas y rurales, mujeres indígenas, mujeres adolescentes, mujeres con VIH.

Presenta los principales temas que integran el concepto amplio de salud sexual y reproductiva y como se mostrará, habrá puntos de coincidencia y aristas que los vinculan, por lo que varias de las estrategias propuestas se entrecruzarán en varios de los apartados presentados.

Cada uno de los temas abordados se elaboró con base en cuatro apartados: introducción, diagnóstico, agenda pendiente y propuestas para el Plan Nacional de Desarrollo, lo cual permitió una presentación ejecutiva y sencilla para el planteamiento de los retos nacionales.

Consideramos que el Estado debe priorizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, completos e integrados, asesoramiento e información para las mujeres y las adolescentes, respetando sus derechos humanos y poniendo énfasis en la equidad y el respeto a la diversidad.

Los servicios integrales incluyen: atención ginecológica; anticoncepción segura y efectiva en todas sus formas; aborto seguro y atención post-aborto; atención a la salud materna, así como prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH, los cánceres de mama, del aparato reproductivo y la menopausia e infertilidad.

Los servicios deben estar integrados y unificados, adecuados a las necesidades de las mujeres a lo largo de su ciclo vital, con mecanismos de referencia y derivaciones eficaces. Estos servicios deberán priorizar a las comunidades indígenas incorporando los recursos tradicionales de salud, tales como las parteras, promotoras y redes comunitarias.

Programas que empoderen a las mujeres, sobre todo a las adolescentes y a las jóvenes, para que conozcan sus cuerpos y ejerzan sus derechos, en especial a través de una educación integral en sexualidad.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Que el Estado los garantice, proteja y promueva, aludiendo a la necesidad de que todas las personas puedan ejercerlos en total autonomía y con ausencia de discriminación, contando para ello con respaldo jurídico, político y social. De allí que el rol del Estado como garante es ineludible e irrenunciable, y además exigible. Sin embargo, amplios sectores de la población en el país no acceden a esos derechos y, muy en particular, las mujeres y la población joven. La coyuntura actual y esta etapa de oportunidad nos obliga a recordar que el Estado debe ofrecer la certeza para que se

respeten, promuevan y garanticen la salud y los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y derechos de ciudadanía, en consonancia con el sistema internacional de derechos humanos y las Conferencias de El Cairo y Beijing; que avancen en su incorporación efectiva al marco jurídico de México, y otorguen el respaldo político, programático y financiero suficiente para que mujeres y hombres puedan ejercerlos en la cotidianidad de sus vidas.

Las mejoras en las condiciones de salud sexual y reproductiva tienen consecuencias positivas sobre la mujer, su familia y la comunidad. Cuando se amplían las oportunidades para las mujeres se contribuye al desarrollo socioeconómico familiar y general.

Queremos señalar que a pesar de los avances en el país, la salud sexual y reproductiva en México continua siendo un reto pendiente, por ello, la interlocución con instancias de gobierno, la suma de actores de los diferentes sectores sociales y nuestro papel como sociedad civil contribuyen al fortalecimiento de las políticas públicas, que es el objetivo principal de este documento.

Las mujeres y hombres de México, conformamos el capital humano que permitirá la transformación del país. Abonemos juntos, gobierno, ciudadanía y sociedad civil al cumplimiento de la Ley. La perspectiva de género debe estar incluida en cada ámbito de acción de la planeación, al igual que la transparencia y rendición de cuentas programática y financiera; estos instrumentos constituyen mecanismos que contribuyen a un proceso democrático y consolidan al gobierno nacional, estatal y local. Los mecanismos de participación ciudadana no sólo deben estar en los planes, sino en el avance y consolidación de la democracia.

Estamos atentas y trabajando y lo más importante, monitoreando los avances y elaborando propuestas en beneficio del desarrollo humano y sustentable de México.

1. ESTADO LAICO: EDUCACION Y SALUD¹

Introducción

La laicidad es una noción triangular que busca evitar la dominación de la religión sobre el Estado y sobre los individuos, permite respetar el orden público y democrático, y responde a la necesidad de ejercer las libertades, en especial la libertad de conciencia, de culto y de religión. Además es garante de la igualdad y del derecho de todos y todas a tener diferentes religiones y convicciones. La laicidad en México permitió al Estado tomar la hegemonía de la educación y de la salud y a circunscribir las prácticas religiosas a la vida privada, que los mexicanos fuésemos formados con base en los valores democráticos de la constitución y que tuviésemos acceso a los conocimientos científicos, a las artes y las humanidades, claves para ejercer los derechos humanos y ser libres.

1.2. Diagnóstico

En México hemos atravesado largos procesos de laicización y de secularización desde hace 150 años, los cuales han favorecido la ampliación del ejercicio de las libertades y de los derechos humanos. En México, la educación laica ha estado más apuntalada que el propio Estado Laico, el cual como tal, apenas en el presente año va a enunciarse en nuestra Constitución.

En el campo de la sexualidad y del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) es muy visible la concreción de la secularización de la sociedad mexicana, porque son procesos que han avanzado al lado de la modernización y que influido de manera directa en las regulaciones sobre el cuerpo, por las complejas raíces de esta dimensión en el pasado cristiano y precristiano. Uno de los momentos históricos que muestra el grado de laicidad alcanzado por

el Estado fue la política de población de 1974 en que se institucionalizaron los programas de educación sexual en las escuelas de formación básica, así como las campañas y servicios de planificación familiar en los centros de salud.

A cuarenta años de esa política, los indicadores de secularización son evidentes: mientras 82 por ciento de los mexicanos se identifican como católicos, más del 70 por ciento de las mujeres mexicanas utilizan un método anticonceptivo moderno que está proscrito por ese linaje religioso, más de la mitad de los jóvenes recurren al condón desde su primer encuentro sexual, y una quinta parte de las mujeres del país han recurrido al aborto. En la ciudad de México, de las noventa mil mujeres que han recurrido a la ILE, más del ochenta por ciento se declaran católicas, se trata de logros explicables únicamente por la secularización del Estado.

1.3. Agenda Pendiente

Actualmente experimentamos en México, la recuperación de lo religioso en la esfera política y la erosión de la laicidad, lo cual se ha vinculado con el adelgazamiento del Estado y a la reforma que abrió las relaciones con el Vaticano en el año de 1992. En los últimos 20 años, hay una influencia creciente de principios religiosos en iniciativas de ley, así como en políticas públicas del sector social, educativo y de salud; muchas de las cuales implican regulaciones de la vida sexual y reproductiva.

Diversas iniciativas basadas en visiones religiosas se han presentado ante los poderes estatales, desde iniciativas de ley que buscan eliminar la educación laica y la libertad de culto, otras que han pretendido echar atrás los contenidos de educación sexual de los libros de texto, se han presentado demandas de inconstitucionalidad por parte del ejecutivo federal ante la reforma legal que autorizó en el Distrito Federal el acceso al aborto y al matrimonio entre personas del mismo sexo, además se ha buscado derogar las causales de

¹ Dra. Gabriela Rodríguez Ramírez, Directora General de AFLUENTES.

despenalización del aborto en las entidades del interior del país, a través de cambios en constituciones locales, y hasta se han hecho propuestas para dificultar los procesos de divorcio en los códigos civiles.

Ya se ha documentado un efecto de retroceso en la salud sexual y reproductiva, producto de esa recuperación de la religiosidad en las políticas de población. Hay un decremento en el uso de anticonceptivos entre adolescentes, consecuentemente hay un repunte del número de adolescentes embarazadas y del porcentaje de abortos.

1.4. Propuestas para el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

1. Fortalecer el carácter laico del Estado, no solamente en la Constitución y en las leyes secundarias, sino en especial en las prácticas institucionales, en la vida diaria de las aulas escolares y de los centros de salud.
2. El distanciamiento de la vida sexual respecto de las convicciones religiosas en la población mexicana tendría que ser uno de los contextos a tomar en cuenta a la hora precisar los programas educativos y de salud.
3. Reforzar la educación laica, incluir en el currículum escolar de la enseñanza básica, el estudio de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes, el conocimiento del marco jurídico nacional e internacional que reconoce su derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.
4. Promover la educación ciudadana a fin de lograr la autonomía, para que cada niña o niño desarrolle la capacidad de distinguir por sí misma o por sí su condición de sujeto moral y sujeto de derecho, capaz de darse a sí mismo los criterios de reconocimiento de la verdad y la libertad

que busca.

5. Fortalecer la capacitación del personal docente de las instituciones educativas y al personal de las instituciones públicas en el conocimiento de los derechos humanos, en especial de las libertades laicas, así como el marco internacional y nacional en que se apoyan los derechos sexuales y reproductivos, a fin de que niñas, niños, adolescentes y toda la población conozca y ejerza esos derechos.
6. Desarrollar e implementar protocolos de atención de la salud sexual y reproductiva, a fin de que los profesionales de la salud respeten la libertad de creencia y de religión de las y las y los usuarios, para que ofrezcan servicios apegados a la normatividad derivada de la evidencia científica y los valores constitucionales, evitando incluir criterios religiosos en los servicios.

2. DERECHOS HUMANOS, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD EN EL MARCO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA²

2.1. Introducción

México es un país pluricultural como lo señala el Art. 2 de la Constitución. En él habitan más de doce millones de personas indígenas, más de 50 millones de mujeres, de las cuales alrededor de 10 millones son jóvenes y adolescentes entre 10 y 19 años de edad. El número de migrantes permanentes o temporales se incrementa considerablemente cada año, incluido el grupo de mujeres que se movilizan en busca de mejores oportunidades.

La lucha de las personas activistas por los derechos sexuales, de mujeres y hombres indígenas por evidenciar las situaciones de discriminación³ que enfrentan y garantizar un efectivo acceso a sus derechos, ha puesto de

² Mtra. Lina Berrio Palomo, Directora de Kinal Antzetik, Gloria Mejía Elizondo y Patricia Lorena Yllescas Hernández.

³ Por **discriminación contra las mujeres** se entiende toda distinción, exclusión o restricción por el hecho de ser mujer, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas social, cultural, civil o en cualquier otra esfera. No se considera discriminación la aplicación de medidas especiales de carácter temporal que busquen combatir las desigualdades existentes entre hombres y mujeres. CONAPRED, 2012: 69. La **discriminación por preferencia sexual** o identidad de género incluye todas las distinciones, exclusiones, restricciones o preferencias basadas en la orientación sexual o identidad de género, que anulen, limiten o disminuyan la igualdad para el ejercicio de derechos y libertades fundamentales. Conapred, 2012:45. La **discriminación racial** incluye todas las distinciones, exclusiones, restricciones o preferencias basadas en raza, color, linaje u origen nacional o étnico que anule el reconocimiento, goce y ejercicio de todos los derechos humanos en cualquier esfera de la vida pública. La **discriminación contra los jóvenes** incluye el acceso desigual de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva.

manifiesto las enormes desigualdades existentes en nuestro país y los fenómenos de exclusión social que vive un conjunto importante de la población.

Hacer frente a estas desigualdades implica necesariamente la incorporación de una perspectiva de derechos humanos, igualdad sustantiva de género e interculturalidad, en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en un eje u objetivo relacionado con la Igualdad de Oportunidades. Esto adquiere mayor relevancia a partir de la reforma constitucional de junio de 2011, en la cual se reconoce que todas las personas en el territorio nacional tienen los derechos humanos previstos en la Constitución Política y en los tratados internacionales que han sido firmados y ratificados por el Estado mexicano.

2.2. Diagnóstico

La discriminación étnico-racial y de género son constitutivas de la pobreza, la exclusión y la perpetuación de las desigualdades sociales históricas.⁴ A pesar de los grandes avances en el marco normativo internacional⁵ y nacional⁶), la última Encuesta Nacional sobre Discriminación en México –Enadis 2010-⁷ muestra que 56% de las mujeres encuestadas considera que en México no se respetan los derechos de las mujeres. Los principales problemas reportados fueron relacionados con el empleo, la inseguridad y situaciones de abuso, acoso, maltrato y violencia.

En relación con la pertenencia étnica, uno de cada cuatro personas indígenas entrevistadas

⁴ Informe "ODM, una mirada a mitad de camino".

⁵ (CEDAW 1979; Beijing 1995; Declaración del Milenio 2000)

⁶ (Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación; entre otras)

⁷ Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Instituto Nacional de las Mujeres. (2012). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Resultados sobre mujeres*. México, D.F

manifestaron no tener las mismas oportunidades para acceder a servicios de salud o educación y 45.8% de mujeres indígenas señalaron que debían pedir permiso o avisar para usar anticonceptivos, respecto al 34.9% de mujeres no indígenas en la misma situación.⁸ Respecto a la discriminación por preferencia sexual, 52% de las y los encuestados señaló que el principal problema enfrentado por personas lesbianas, homosexuales o bisexuales es la discriminación y un porcentaje mayor de mujeres lesbianas afirmaron percibir mayor intolerancia de los servicios de salud respecto a los hombres homosexuales.⁹

En el caso de los adolescentes y jóvenes, la discriminación por edad incluye las dificultades de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos la necesidad insatisfecha de anticonceptivos que es la más alta en el grupo de edad de 15 a 19. Aún cuando los derechos de las personas migrantes incluyen los de recibir atención médica para preservar su vida o evitar daños irreparables a su salud, diariamente cientos de mujeres migrantes son víctimas de abuso y violencia sexual pero no cuentan con los mecanismos para garantizar el acceso a los protocolos de atención establecidos en estos casos.

2.3. Agenda Pendiente

La perspectiva de derechos humanos está vinculada con la noción de ciudadanía pero se amplió para incorporar los derechos económicos, sociales y culturales consignados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales, los cuales son aplicables a cualquier persona en tanto portadora de derechos inalienables. El derecho a la salud está reconocido en el artículo 12 de dicho Pacto e incluye una gama amplia de factores

que promueven las condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana y gozar el más alto nivel posible de salud física y mental. En ese sentido, su aplicación es más amplia que el derecho a la atención o a la protección de la salud.

La perspectiva de derechos humanos aplicada al ámbito de la salud implica considerar no sólo los indicadores de salud sino también aquellos del derecho a la salud los cuales se diferencian porque permiten evidenciar las desigualdades y exclusiones; se derivan de normas concretas del derecho a la salud y están vinculados a lograr la rendición de cuentas de los responsables.¹⁰ Por lo anterior es necesario considerar los cuatro elementos señalados en la Observación General 14 del PIDESC que deben estar presentes en todos los servicios, bienes y políticas públicas relacionadas con la salud: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad. En ese sentido todos los programas e intervenciones en salud derivadas del Plan de Desarrollo 2013-2018, deben considerar este marco de derechos así como la obligatoriedad de rendición de cuentas establecidas por la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos.¹¹

La equidad de género se refiere el trato diferenciado y el desarrollo de acciones distintas para mujeres y hombres, de acuerdo a sus necesidades respectivas, a partir del reconocimiento de las brechas existentes entre ambos sexos. Es un mecanismo transitorio

⁸ Idem, p72.

⁹ Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2012). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Resultados generales*. México, D.F

¹⁰ Yamin, Alicia Ely (2005) en: Pérez Argüelles, Mariana (Coordinadora) (2010: 24). *Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua*. Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C, México, D.F

¹¹ *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de n enfoque basado en los derechos humanos, a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y la morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*. Consejo de Derechos Humanos, de Naciones Unidas. Julio de 2012. Nueva York

para compensar las desventajas históricas y sociales que enfrentamos las mujeres; a fin de lograr alcanzar la **Igualdad Sustantiva de Género**, tal como se he conceptualizado retomando el marco establecido en la Convención para Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres. La igualdad sustantiva de género, al igual que el desarrollo, son cuestión de derechos humanos: no se puede concebir un Estado en el que la mitad de la población esté limitada en el ejercicio de sus derechos, en el que no se reconozca su capacidad de autodeterminación.

El enfoque intercultural en salud remite a un derecho individual y colectivo que comprende una actitud de respeto y confianza para relacionarse entre miembros de diferentes culturas, particularmente entre el personal de salud y los pacientes y sus familiares, en el cual se requiere un entendimiento mutuo respecto a las distintas percepciones del cuerpo y el proceso de salud-enfermedad. Incluye la capacidad del Estado de responder con la construcción participativa de políticas públicas interculturales. Al considerar el enfoque de derechos encontramos que la noción de aceptabilidad, señalada previamente como un eje del derecho a la salud, obliga a los Estados a generar las condiciones para que los programas y servicios de salud sean adecuados a las características específicas de los grupos sociales, es decir, culturalmente pertinentes.

2.4. Propuestas para el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

1. Incorporar explícitamente un objetivo relacionado con la Igualdad de Oportunidades, desde una perspectiva de derechos humanos, interculturalidad y equidad de género, de la cual se desprendan las acciones y estrategias contempladas en el Programa Sectorial de Salud y los Programas de Acción relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva.
2. El mecanismo federal para el adelanto de las mujeres aperturará la unidad de mujeres indígenas para dimensionar el grado de acceso y ejercicio que tienen a sus derechos humanos. Igualmente, el órgano rector de la política hacia los pueblos indígenas creará la unidad de género, que estará en coordinación con el mecanismo federal para el adelanto de las mujeres.
3. Incorporar en el Plan un objetivo relacionado con la obligatoriedad de la transparencia, la rendición de cuentas y el acceso a la información, considerando indicadores no sólo de resultados sino de derechos.
4. Incorporar en los órganos de los tres órdenes de gobierno vinculados a la cuestión indígena, la perspectiva relativa a la igualdad entre los géneros en todas las esferas normativas, los programas y los proyectos, señalando los mecanismos operativos para tal fin, realizando la armonización legislativa en la Ley General de Salud y otras, conforme a lo establecido en la Declaración Universal de Pueblos Indígenas.
5. Incluir mecanismos institucionales para el acceso efectivo a los servicios y de salud, garantizando la pertinencia cultural de los mismos y generando condiciones institucionales para eliminar la discriminación por razones de género, étnicas, de preferencia sexual, de condición migratoria, edad o religión. Dicha tarea será desarrollada a partir de estrategias intersectoriales que incluyen al Sector Salud, Secretaría de Educación, organismos de Derechos Humanos, Conapred, Inmujeres y Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
6. Formular desde las instancias gubernamentales relativas al desarrollo

social, políticas interculturales que garanticen el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y hombres indígenas, la igualdad de género en salud sexual y reproductiva tanto en contextos comunitarios como urbanos y en tránsitos migratorios.

7. Asumir como un objetivo prioritario en el Plan, la Salud Sexual y Reproductiva desde una perspectiva integral, manteniendo con fuerza el eje de igualdad de género en salud, e incorporando explícitamente acciones dirigidas a la población migrante que se encuentra en el territorio nacional, independientemente de su condición migratoria.
8. Construir el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para Pueblos y Comunidades Indígenas que pongan de relevancia los derechos sexuales y reproductivos en los diferentes contextos socioculturales.

3. SALUD REPRODUCTIVA, PRESUPUESTO Y POLÍTICAS PÚBLICAS¹²

3.1 Introducción

El presupuesto público expresa las prioridades de la política pública y social de México, pero no sólo eso, sino que pone sobre la mesa el énfasis programático y la planeación del ejecutivo federal.

En el caso del presupuesto público en salud, existen diferentes instituciones y fuentes de financiamiento que componen la política pública en salud.

A la fecha el Sistema de Protección Social en Salud SPSS, es la de mayor relevancia, puesto en marcha desde el año 2004— pasa a ser el principal esquema de financiamiento en salud hacia las entidades federativas, para población bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud federal, y los servicios estatales de salud. El Estado mexicano justifica la modificación a la Ley General de Salud, — que significa el SPSS— como un medio para avanzar en el 4° Constitucional, en los términos de garantizar la protección de la salud.

A 9 años de su funcionamiento, es suyo suponer que el peso financiero del Sistema en los servicios de salud, apuntalaría al cumplimiento de los derechos reproductivos establecido en el mismo articulado, donde se instituye el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

A la par de estos preceptos constitucionales, y entendiendo que tanto la salud en general¹³

como la salud reproductiva en particular¹⁴ son derechos humanos; actualmente el financiamiento en salud debe mirarse acorde a la obligación constitucional del Estado de interpretar la normas relativas a los derechos humanos conforme con los tratados internacionales de la materia.¹⁵

El paradigma de los derechos es el que contiene las plataformas de igualdad y equidad, por lo que sus metas requieren articularse en la política pública e instrumentalizarse en programas.

Uno de los elementos sustantivos de los derechos humanos es la rendición de cuentas; esencial para que tanto el Estado mexicano como la sociedad puedan medir avances o regresiones, para que los diferentes poderes, y sobre todo el ejecutivo federal tome las medidas para su mejora, en un marco de participación amplia e incluyente, tal y como es práctica natural en un Estado democrático.

En esta tesitura es de aseverarse que en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, corresponde incorporarse explícitamente esta plataforma de deberes del ejercicio de gobierno, con el fin de delinear claramente el quehacer de la política pública para mejorar la vida de la población en cuanto a sus necesidades en salud sexual y reproductiva, sobre todo de las mujeres en situación de pobreza.

3.2. Diagnóstico

La estructura de asignación de presupuesto para salud en población sin seguridad social, está concentrada en dos fuentes: El Sistema de Protección Social en Salud, SPSS y el Fondo de

¹² Daniela Díaz Echeverría, Responsable de Proyecto en Fundar, Centro de Análisis e Investigación.

¹³ Artículo 12 del Pacto Internacional Derechos Económicos Sociales Culturales, PIDESC.

¹⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer CEDAW, Recomendación General Nº 24: Artículo 12 CEDAW- La mujer y la salud.

¹⁵ Modificación constitucional con fecha del 10 de junio del 2011.

Aportaciones a los Servicios de Salud, FASSA. Es decir, en un esquema de grandes bolsas, cuya consecuencia para el caso de la salud sexual y reproductiva, es el desdibujamiento en la asignación de gasto de sus programas de acción específicos. Este modelo de gasto agregado presentó obstáculos en la provisión de atención en salud sexual y reproductiva, conllevando a la Secretaría de Salud a conformar programas presupuestarios en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, específicamente en el Anexo de Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Esta estrategia de asignación se dirige principalmente a acciones de prevención.

Es sumamente preocupante que no se fijen presupuestos para cubrir todo el proceso de prestación en salud: promoción, prevención y atención. Esto se agrava por el hecho de que los programas de acción en salud sexual y reproductiva carecen de reglas de operación.¹⁶ En resumen es inexistente la obligación administrativa de determinarles presupuesto.

No obstante dicho marco administrativo, los mandatos constitucionales señalados y los documentos internacionales signados por México, obligan a determinar las necesidades presupuestarias en salud sexual y reproductiva y atenderlas a cabalidad, con el elemento fundamental de considerar las desigualdades e

¹⁶ Los programas en salud con reglas de operación son: Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia, Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable, Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras, Caravanas de la Salud, Seguro Médico Siglo XXI, Sistema Integral de Calidad en Salud, Programa Comunidades Saludables, Programa de Atención a Personas con Discapacidad y Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Fuente: Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2013, disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2013.pdf

inequidades de género, y actuar para su solución.

3.3. Agenda Pendiente

Era de esperarse que el diseño del Sistema de Protección Social en Salud, SPSS resolviera en gran medida los impedimentos económicos de acceso a la salud y asegurara la provisión y disponibilidad de bienes y servicios en salud sexual y reproductiva para las mujeres.

El esquema presupuestario descrito de grandes totales, y etiquetaciones parciales en el proceso de atención, conlleva a que no sea así. El 9.56 por ciento de crecimiento del Ramo 12-Salud, registrado en el periodo 2007-2012, y concentrado en el SPSS con una tasa de crecimiento de 16.36% ha sido ineficaz para sostener financieramente la totalidad de la operación de los programas en salud sexual y reproductiva.¹⁷ Igualmente para asegurar que en los servicios de salud estatales, se provea de atención integral en materia de salud sexual y reproductiva.

Para el año 2011 el SPSS representó 66.95% del total del Ramo 12-Salud, en el 2012 66.59%, y para el año 2013 constituye 61.8%.¹⁸ Las reiteradas ocasiones en que se cataloga al SPSS como el mecanismo por el cual el Estado mexicano tutela el derecho a la salud. Pese a ello y a la cantidad de presupuesto asignado al Sistema, existe una enorme laguna en la

¹⁷ Los programas en salud sexual y reproductiva bajo la rectoría de la Secretaría de Salud son: Arranque Parejo en la Vida; Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes; Planificación Familiar y Anticoncepción; Cáncer de mama; Cáncer Cérvico uterino; Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género; Igualdad de Género en Salud; y VIH/SIDA e ITS.

¹⁸ Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Cuenta de la Hacienda Pública 2011, PEF 2012 y 2013, información disponible en www.shcp.gob.mx

rendición de cuentas desde los elementos que componen el derecho a la salud.

Tal déficit toma una relevancia mayor con el SPSS, pero es extensible a prácticamente todas las instituciones y fuentes de financiamiento en salud. Simplemente es inexistente la rendición de cuentas bajo el paradigma de los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud.

La estructura de financiamiento definida por el modelo de asignación agregada del gasto, también ha contribuido a debilitar la rectoría del ámbito federal, con especial notoriedad esto se ha visto en el caso de la salud sexual y reproductiva. La agenda de derechos no necesariamente es prioridad para los gobiernos locales. Pero el problema también es desde la perspectiva de que se diluyen los agentes o espacios de la administración pública responsables ya sea del ejercicio del presupuesto o de la gestión de la política pública en salud sexual y reproductiva.

Los canales de operación de cada uno de estos pilares del quehacer público, más de las veces son divergentes, o descoordinados. Básicamente, el modelo del SPSS y el FASSA vienen a atomizar aun más el de por si fragmentado sistema de salud mexicano.

Prácticamente nada se reporta de cómo la estructura que vincula política pública y presupuesto incide en el acceso a los servicios de salud, a la calidad en la salud, al cumplimiento del principio de no discriminación o si efectivamente crean las condiciones que aseguren a todas las personas asistencia médica y servicios médicos en caso de cualquier necesidad en salud.¹⁹

3.4. Propuestas para el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

¹⁹ Observación General 14 del Comité del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC.

1. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud, otorgando a la población la satisfacción en sus necesidades en salud.
2. Garantizar el acceso universal a la salud sin condicionarlo al pago monetario del mismo.
3. Asignar presupuesto y diseñar la política pública en salud en general y en salud sexual y reproductiva en particular, ciñéndose a los principios transversales de los derechos humanos: Igualdad y no discriminación, Máxima utilización de recursos, Participación, Rendición de Cuentas y Progresión y no retrogresión.²⁰
4. Asignar presupuesto etiquetado para todo el proceso de atención en salud en general y en salud sexual y reproductiva en particular.
5. Incorporar la rendición de cuentas como un eje del Plan Nacional de Desarrollo, desde el paradigma de los Derechos Humanos.
6. Enmarcar el presupuesto público y la política pública en salud, desde el paradigma del derecho a la salud, con los elementos siguientes:
 - a. **Disponibilidad.** Que supone la existencia de bienes, servicios y centros de atención. Los elementos mínimos que deben estar disponibles son: condiciones sanitarias adecuadas, agua limpia y potable, hospitales, clínicas, personal médico y profesional capacitado, así como medicamentos esenciales.
 - b. **Accesibilidad.** que se traduce en cuatro dimensiones básicas: 1) no discriminación en el acceso a servicios y bienes; 2) accesibilidad física y geográfica a los establecimientos; 3) accesibilidad

²⁰ Ibid anterior. Tomado de Mariana Pérez (coordinadora), Fundar, Centro de Análisis e Investigación AC. *Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua.* México, 2010.

- económica de bienes y servicios para todos, especialmente para los más desfavorecidos y 4) acceso a la información.
- c. **Aceptabilidad.** Que significa la necesaria adecuación de los planes y sistemas de salud a las condiciones socioculturales de la población.
- d. **Calidad.** Que supone servicios de calidad, calificación del personal médico y calidad de medicamentos, así como del equipo hospitalario.²¹
7. Incorporar la rendición de cuentas para salud, bajo el paradigma del derecho a la salud que contiene los elementos básicos siguientes: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad.²²
8. Fortalecerse el acceso a la información en salud en todos los poderes y niveles de gobierno, conforme al 6° Constitucional.
9. Asegurar el acceso a insumos estratégicos de salud sexual y reproductiva de calidad (incluyendo anticoncepción de emergencia) y ofertados por personal de salud capacitado y respetuoso para todas las mujeres en edad reproductiva, así como la disponibilidad y acceso gratuito a métodos de anticoncepción modernos y a un rango amplio de insumos de salud materna (incluyendo misoprostol) que incorpore como mínimo todos aquellos los contenidos en las listas esenciales de la Organización Mundial de la Salud.
10. Explicitar las instancias de la administración pública, responsables del ejercicio del presupuesto público en salud en general y para salud sexual y reproductiva en particular, desde los ámbitos federal, estatal y municipal.
11. Establecer al Sistema de Protección Social en Salud obligaciones de asignación de presupuesto, de rendición de cuentas, y evaluación según el paradigma de derechos. Explicitándose criterios de control del gasto, fiscalización y transparencia del uso del gasto durante su ejercicio.

²¹ Ibid anterior. Tomado de Mariana Pérez (coordinadora), Fundar, Centro de Análisis e Investigación AC. *Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua*. México, 2010.

²² Ibid anterior.

4. NECESIDAD DE ACCESO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL²³

4.1. Introducción

La planificación familiar (PF) es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones relacionadas con la información, educación, consejería y métodos anticonceptivos modernos para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir de manera libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo entre los nacimientos.

En México la PF se ha elevado a rango constitucional como derecho humano, designación que sin duda permitió impulsar la práctica anticonceptiva y convertirla en un determinante fundamental en la regulación de la fecundidad, cuya cifra era aproximadamente de 7 hijos nacidos vivos por mujer en la década de los setentas, para ubicarse actualmente apenas por arriba de 2 hijos por mujer.

Pero más allá de ese impacto demográfico que ha generado, con el paso del tiempo a la PF se le ha atribuido una serie de ventajas y áreas de oportunidad, que hacen de su consideración un elemento fundamental para el desarrollo social y económico del país.

La PF está plenamente justificada desde distintos frentes y enfoques:

- *Se fundamenta en los derechos humanos internacionalmente reconocidos.* Los Estados están obligados a garantizar el acceso a servicios de PF asequibles, adecuados y de calidad; libres de todo tipo de coerción, discriminación o violencia.
- *Salva vidas y mejora la salud.* La prevención de embarazos no planificados contribuye a salvar la vida de las mujeres en tanto contribuye a reducir el número

de abortos inseguros y partos practicados en condiciones de riesgo.

- *Ayuda a prevenir el VIH.* Mediante el uso de condones masculinos y femeninos, evita la propagación de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH.
- *Empodera a las mujeres en el hogar.* Existe una fuerte correlación entre una mayor PF y la creciente participación de las mujeres en la toma de decisiones en el ámbito familiar. Garantizar el acceso a la PF voluntaria es un paso fundamental hacia una mayor igualdad de género en las comunidades, sociedades y estados.
- *Fomenta la participación de la mujer en la escuela y en el mercado laboral.* Las mujeres, sobre todo adolescentes y jóvenes, que usan métodos anticonceptivos tienen más probabilidades de continuar sus estudios y de acceder al mercado laboral. Esto se debe en parte a que gracias a la PF las mujeres pueden decidir el número de hijos y el momento para tenerlos en función de su expectativa escolar y situación laboral y familiar.
- *Contribuye a prevenir la pobreza.* Por lo general, las mujeres y las parejas que pueden decidir libremente si desean o no tener hijos, el número de éstos y el intervalo entre los nacimientos, están en mejores condiciones para ahorrar, aumentar sus ingresos familiares, invertir en los hijos que ya tienen y planificar mejor sus vidas.
- *Desarrollo sostenible.* Dar respuesta a las necesidades no satisfechas en PF (proporción de mujeres que no están usando la anticoncepción a pesar de que no desean quedarse embarazadas) contribuye a reducir la tasa de crecimiento de la población a largo plazo, al tiempo que es una estrategia muy rentable que permite alcanzar mayores metas de desarrollo y adaptarse al cambio climático.

²³ Mtra. Esperanza Delgado Herrera, Gerente de Relaciones Interinstitucionales, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar.



4.2. Diagnostico

El número de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos que registran los sistemas administrativos de las instituciones de salud es un indicador del desempeño de los programas de planificación familiar. El resultado global del Sector Salud se caracterizó por un incremento sostenido prácticamente en toda la década de los noventa, partiendo de un total de 2.1 millones de nuevas aceptantes y ascendiendo a 2.5 millones durante el segundo quinquenio de esa misma década. Pero a partir del 2001 se observa un descenso continuo; en 2005, por ejemplo, se registra una cifra de 2.2 millones.

Por otra parte, la cobertura anticonceptiva (proporción de mujeres casadas o unidas que usan anticonceptivos), indicador de política de población, ha frenado su velocidad de aumento en los últimos años: de 30.2% en 1976 a 52.7% en 1987, 68.5% en 1997, 70.9% en 2006 y 72.5% en 2009. Y estas dos últimas cifras evidenciaron el no cumplimiento de las metas correspondientes que se plantearon en las administraciones públicas 2001-2006 y 2007-2012.

Así también, según la última Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica efectuada por el INEGI en el 2009 (ENADID), todavía 9.8% de las mujeres unidas en edad fértil (de 15 a 49 años) están en una situación de necesidad

insatisfecha de anticonceptivos (NIA), cifra que en números absolutos alcanza alrededor de 1.7 millones de mujeres unidas según las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Pero los mayores niveles de necesidad insatisfecha de anticonceptivos se presentan en las adolescentes (24.6%), en las mujeres hablantes de lengua indígena (21.5%), en las que habitan en comunidades rurales (15.9%) y en los estados de Chiapas (22.6%), Guerrero (17.5%), Oaxaca (15.6%) y Michoacán (15%).



4.3. Agenda Pendiente

El estancamiento de la planificación familiar en México se asocia con varios hechos:

- la descentralización de la Secretaría de Salud, incluidos los recursos financieros propició que las autoridades de cada entidad federativa decidieran con qué oportunidad y suficiencia presupuestaria se hiciera la compra y distribución de métodos anticonceptivos;
- el desabasto sistemático de métodos anticonceptivos en algunos estados que no han prestado atención al Programa por cuestiones ideológicas o de otra índole; y
- la aparente falta de prioridad que ha tenido la planificación familiar como política pública en por lo menos la última década, en donde se disminuyeron considerablemente las campañas sobre el tema en medios

masivos y se descuidó el seguimiento, monitoreo y evaluación de avances comprometidos en el Programa de Acción respectivo.

4.4. Propuestas para el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

1. Hacer frente a la necesidad insatisfecha de anticonceptivos como un objetivo en sí mismo y como un derecho humano fundamental.
2. Garantizar el acceso a la información y orientación sobre salud sexual y reproductiva (SSR) y PF para toda la población, y particularmente para los grupos con mayores rezagos en cuanto a necesidad insatisfecha de anticonceptivos: adolescentes y población indígena.
3. Efectuar una planeación estratégica sobre la PF mediante el análisis de la población objetivo, la identificación de la demanda potencial y la mejora de los procedimientos para estimar las necesidades de insumos; de tal manera que se implementen sistemas eficaces de adquisición y distribución de anticonceptivos, que estén por encima de la voluntad política de tomadores de decisión a nivel de las entidades federativas.
4. Monitorear y evaluar el avance de los resultados comprometidos en el Programa con la periodicidad indicada para tomar medidas necesarias con oportunidad y con la participación de los involucrados.



4.4.1. Solicitud al Gobierno

- Se haga realidad el trabajo de la PF en un marco de derechos y mediante un enfoque multidisciplinario e intersectorial, estableciendo amplias alianzas estratégicas.
- Que el gobierno fortalezca su liderazgo y tome responsabilidad del financiamiento suficiente y sostenido con destino a servicios de salud sexual y reproductiva en lo general y de planificación familiar en lo particular, tanto en el ámbito federal como de las entidades federativas de acuerdo a la magnitud de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos prevaleciente.
- Se dé apertura a la realización de campañas sobre los beneficios de la PF en los medios masivos de comunicación.

5. MATERNIDAD SEGURA EN MEXICO²⁴

5.1. Introducción

La maternidad segura es un componente central de la salud sexual y reproductiva e incluye tanto la posibilidad de disfrutar de una maternidad voluntaria y saludable como la de experimentar embarazos y partos seguros y dar a luz hijos sanos. Por lo tanto, se considera que los servicios de salud reproductiva refuerzan las estrategias para lograr una maternidad segura. La mejora en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente para los grupos de mayor riesgo - representados por las adolescentes, mujeres indígenas, aquellas que viven en lugares alejados y que viven en condiciones pobreza -, puede contribuir decisivamente a disminuir la mortalidad materna y los problemas de salud a largo plazo.

5.2. Diagnóstico

En México cada año ocurren alrededor de 2.1 millones de embarazos. De ellos, casi 15 por ciento se enfrentan a complicaciones obstétricas y 30 mil mujeres sufren diferentes tipos de discapacidades derivadas de las secuelas obstétricas. En promedio en el país en los últimos dos años mueren alrededor de 1000 mujeres por causas maternas, 35.5 por ciento considerando a las mujeres de menores de 20 años y mayores de 39 y, 64.5 por ciento a las que se encuentran entre los 20 y 34 años. Del total de las muertes maternas, 73.1 por ciento en 2011 correspondieron a causas directas – principalmente concentradas en enfermedades hipertensivas y hemorragias- y, 26.9 por ciento a causas indirectas, mismas que posiblemente no tuvieron acceso a la anticoncepción post evento obstétrico o consejería para abordar las

consecuencias de su estado de salud prevaleciente durante el embarazo parto y puerperio.²⁵ El total de muertes maternas en México de 1990 a 2010 asciende a 27,071 mujeres fallecidas por complicaciones en el embarazo, aborto, parto y puerperio.²⁶

Las causas médicas constituyen el resultado final de la muerte materna; sin embargo, hay factores que condicionan la ocurrencia de estas muertes, tales como el tratamiento deficiente de las complicaciones del embarazo, la falta de calidad del cuidado prenatal, la insuficiencia de personal capacitado y de insumos estratégicos básicos, y la inaccesibilidad a los servicios de atención al embarazo, parto y post parto, factores que involucran al primer nivel de atención. La deficiente calidad de la atención en los servicios de salud materna y el insuficiente acceso de algunos sectores de mujeres a los servicios de salud, originan importantes magnitudes de muertes relacionadas con el embarazo, que muestran mayor incidencia en las áreas rurales, indígenas y zonas urbano marginadas de las ciudades del país.

Toda muerte materna constituye el reflejo de un largo camino de inequidades, las deficiencias del sistema de salud y la falta de visibilidad de la mujer como individuo determinante en la construcción social. Los factores culturales, la discriminación e inequidad de género mantienen a las mujeres fuera de los mecanismos de poder, conceden poca o nula importancia al cuidado de su salud y las conducen, fatalmente, a perder sus vidas durante los procesos reproductivos.

²⁵ Datos tomados de la presentación del 24 de agosto de 2012. Dr. Rufino Luna. Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción.

²⁶ Schiavon, Raffaella, Erika Troncoso y Gerardo Polo. "Analysis of maternal and abortion-related mortality" en *International Journal of Gynecology Obstetrics*. (en prensa) y *Observatorio de Mortalidad Materna en México*. Mortalidad materna en México. Numeralia 2009 y 2010.

²⁴ Dra. Raffaella Schiavon Ermani, Secretaria Técnica; Mtra. Silvia María Loggia, Asistente Técnica, Comité Promotor por una Maternidad Segura en México; Dra. Graciela Freyeremuth Enciso, Secretaria Técnica del Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Adicionalmente, atrás de esa muerte materna, existe una historia de incumplimiento y violaciones a sus derechos humanos, particularmente de los derechos sexuales y reproductivos.

La mortalidad materna es una expresión multifactorial, no constituye solamente un problema médico; es fundamentalmente, un problema social y un problema de voluntad política a nivel nacional e internacional. La razón por la cual cientos de mujeres y niñas mueren todos los años no es que no la inexistencia de avances técnicos o conocimientos médicos: continúan muriendo porque no se valora la vida de las mujeres, porque sus voces no son escuchadas, porque son discriminadas y excluidas dentro de sus hogares y sus comunidades, y por sistemas de salud que no dan prioridad a sus necesidades.

5.3. Agenda Pendiente

El acceso universal a servicios de salud independientemente de las condiciones de afiliación, a la educación y servicios de anticoncepción para prevenir embarazos no deseados, atención prenatal de calidad, la asistencia de todos los partos por personal calificado, incluyendo, parteras tradicionales con capacidad de identificación de riesgo y oportuna canalización en casos de emergencia y la resolución oportuna de las emergencias obstétricas para todas las mujeres tanto en el primer como en el segundo nivel de atención, constituyen una sola estrategia que precisa decisión política, una adecuada implementación técnica y gerencial, y la asignación y aplicación de los recursos humanos y financieros necesarios.

Incluir un enfoque basado en los derechos a fin de remontar la discriminación estructural que las mujeres enfrentan en los sistemas de salud, así como la que enfrentan en otros ámbitos de la vida pública y privada. En junio de 2009, el Consejo de Derechos Humanos (CDH) de las

Naciones Unidas adoptó una resolución histórica que reconoce en forma explícita a la mortalidad materna como un tema de derechos humanos y señala el importante papel que podrían cumplir los órganos de vigilancia de los tratados y los procedimientos especiales.

La mortalidad materna pone de manifiesto la violación de un conjunto de derechos humanos. Da cuenta de una cadena de vulneraciones de principios básicos, como el derecho a la vida y el acceso a información de calidad y al máximo nivel posible de salud. Para hacer frente a este problema se requiere de estrategias específicas para la atención de las mujeres desde su temprana edad y el compromiso comunitario, familiar y de los servicios de salud para construir corresponsablemente una maternidad segura, pero esta corresponsabilidad debe ser garantizada desde el Estado como federación, es decir, desde los ámbitos nacional, estatal y municipal.

Por lo tanto el enfoque de derechos humanos, implica considerar las relaciones de género y a esto le debemos sumar otra dimensión o enfoque como el de interculturalidad, como una ruptura a la homogeneidad y a la complejidad de responder a las necesidades de los diferentes contextos sociales del país. Se trata de impulsar activamente procesos de intercambio que, por medio de mediaciones sociales, políticas y comunicativas, permitan construir espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas. En este sentido la interculturalidad es un proceso en construcción y, aún más, cuando se vincula la adecuación intercultural con los servicios de salud materna.

El ejercicio de los derechos solo es posible en un marco normativo de rendición de cuentas y transparencia en la política pública, que permita el acceso, de manera oportuna, a información estratégica que incluya,

mínimamente a la definición explícita de: a) los objetivos de políticas o programas, b) los responsables de su ejecución en los distintos niveles de gobierno, y c) los procesos implicados en su ejecución (López, Merino, 2010). En México hemos avanzado limitadamente en algunos de estos mecanismos, y el riesgo es que con las alternancias de gobiernos estatales o federal, y las modificaciones de su estructura, estos mecanismos que debieran ser progresivos se vuelvan regresivos.

Recientemente se han efectuado modificaciones a la Constitución a fin de fomentar la transparencia y rendición de cuentas en lo que se refiere a la armonización de la política pública (artículo 73) y uso y fiscalización de los recursos; el artículo 134 señala que los recursos deben administrarse con eficiencia, eficacia, honradez, economía y transparencia (López, Merino, 2010:14)²⁷; los artículos (79,116 y 122) hacen referencia al ejercicio de los recursos y las auditorías sobre el desempeño (Op. Cit:15), y el 109 establece un sistema de responsabilidades administrativas. Aunque estamos lejos de contar con mecanismos que aseguren un sistema de contraloría social, estas modificaciones constitucionales son un avance hacia una política de rendición de cuentas.

Por otro lado, la modificación del artículo 1º constitucional abre una ventana de oportunidad para la exigibilidad jurídica de los derechos humanos en el país. La exigibilidad como proceso legal o exigibilidad jurídica es la llamada justiciabilidad, e implica la defensa de los derechos violados ante tribunales o

instancias administrativas adecuadas, que puede establecerse a partir de la modificación de la constitución Mexicana; sin embargo se requiere fortalecer en la política pública las posibilidades de la sociedad civil para dar seguimiento a los políticas, planes y programas de salud dirigidas a mejorar la salud de las mujeres, a fin de que los recursos de la salud sean ejercidos de manera adecuada y de manera transparente.

5.4. Propuestas para el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Las medidas de tipo preventivo -orientadas a evitar embarazos no deseados- y las que contemplan el tratamiento oportuno de complicaciones son altamente efectivas. Para cumplir con este objetivo, existen diferentes intervenciones probadas que garantizan su efectividad con base en información basada en evidencia científica y que proponemos sean recuperadas en la construcción del actual Programa Nacional de Desarrollo e integrada al Programa Sectorial de Salud y sus Programas de Acción Específicos:

1. Lograr el acceso universal a la salud materna y reproductiva.
2. Integrar la perspectiva intercultural para la atención del embarazo, el parto y el puerperio, asumiendo las recomendaciones internacionales en la materia.
3. Incorporar el enfoque de derechos humanos y de género en la atención a la salud materna.
4. Mejorar la calidad de la atención a embarazo, parto y puerperio, incluyendo la detección, estabilización y canalización de las emergencias obstétricas en el primer nivel de atención, con un abordaje integral de la salud materna y reproductiva.
5. Fortalecer el acceso pleno a planificación familiar y anticoncepción de emergencia, con especial énfasis en la población adolescente.

²⁷ La estructura de la rendición de cuentas en México, 2010, Mauricio Merino, Sergio López Ayllón y Guillermo Cejudo coords. (México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM y el Centro de Investigación y Docencia Económicas). <http://www.rendiciondecuentas.cide.edu/> consultado 10 de noviembre 2012.

6. Fortalecer la anticoncepción post evento obstétrico en adolescentes y mujeres de 35 años y más.
7. Implementar estrategias de prevención y detección de la violencia intrafamiliar durante el embarazo.
8. Consolidar la prevención de la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita, así como la atención integral de la salud materna de las mujeres con VIH.
9. Promover programas de educación sexual que fortalezcan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, considerando los diferentes contextos socioculturales y generacionales.
10. Consolidar el acceso a la atención universal de la emergencia obstétrica.
11. Fortalecer la infraestructura local para la atención obstétrica básica.
12. Aumentar la disponibilidad de recursos humanos durante 24 horas para la atención del parto y las complicaciones obstétricas.
13. Integrar la auditoria clínica hospitalaria de cada caso de mortalidad materna y morbilidad obstétrica grave (near miss).
14. Fortalecer el análisis regular de la morbi-mortalidad materna en comités jurisdiccionales y estatales.
15. Establecer estrategias de intervención para la atención del aborto seguro en los casos previstos por la ley.
16. Consolidar la formación e incorporación en el sistema de salud de recursos humanos calificados no médicos para la atención obstétrica (parteras profesionales, enfermeras perinatales) incluyendo el fortalecimiento de las parteras tradicionales, su articulación con las redes de servicios locales y la atención de partos eutócicos.
17. Elaborar, difundir e instrumentar un lineamiento técnico y generar intervenciones estratégicas para reducir la cesárea innecesaria conforme a los criterios de la Organización Mundial de la Salud.
18. Elaborar e implementar una estrategia nacional de parto humanizado para la atención de los embarazos de bajo riesgo.
19. Implementar el desarrollo de estrategias comunitarias para mejorar la salud materna, garantizando la participación protagónica y sostenible de mujeres, parteras tradicionales y actores locales.
20. Establecer una estrategia de capacitación para personal de salud involucrado en la atención del embarazo, parto y puerperio para eliminar los malos tratos y violencia institucional hacia las usuarias.

6. ABORTO SEGURO²⁸

6.1 Introducción

Las muertes por abortos inseguros en el mundo representan el 13% del total de las muertes maternas.

Las consecuencias sobre la salud de un aborto realizado en condiciones inseguras dependen de la instancia de salud donde se realiza el aborto, la capacidad del profesional, el método empleado, la salud de la mujer y la edad gestacional del embarazo.

En México, en las últimas dos décadas, el aborto representa poco más del 7% de las muertes maternas, y ocupa la 5ª causa de muerte materna.²⁹ Por eso, continúa siendo un tema de salud pública, de derechos humanos y de desigualdad, ya que las mujeres que cuentan con acceso a información, a tecnologías adecuadas y recursos económicos, pueden acceder a éste de forma segura, mientras que muchas otras se someten a procedimientos que arriesgan su salud o incluso su vida.

6.2. Diagnóstico³⁰

La morbi-mortalidad materna por aborto, durante el periodo comprendido de 2000 a 2010, ha presentado una tendencia ascendente en el egreso de abortos en el país, situación que se vincula directamente con las brechas que aún prevalecen a lo largo del país en materia de: cobertura anticonceptiva, demanda insatisfecha de métodos

anticonceptivos y edad al primer hijo; donde de nuevo está presente el factor igualdad.

A inicios del periodo, en los hospitales públicos del Sistema de Salud en el país, se registraron 164,457 egresos por aborto, y durante el 2010, 205,646. Este comportamiento se desarrolló a expensas de un aumento en las atenciones registradas por la Secretaría de Salud (72,414 vs. 126,287). En el IMSS-Ordinario se observó un decremento (72,556 vs. 63,010), mientras que en los otros sectores el número absoluto se mantuvo relativamente estable.

En los hospitales de la Secretaría de Salud, de acuerdo a la información del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), para 2010 se registraron 127,485 abortos; sólo 28.3% de estas mujeres egresó del hospital con algún método de planificación familiar.

Entre 2002 y 2010, en México se registraron en promedio 85 defunciones por aborto cada año en mujeres de todas las edades, acumulándose 950 defunciones en total; en adolescentes, este indicador es de 12 defunciones por año en promedio (135 en total). Por lo tanto, del total de defunciones maternas por aborto, el porcentaje que ocurrió en adolescentes en este periodo de tiempo, fue del 14.2%. La tasa de letalidad³¹ por aborto en todo el sector salud entre 2000 y 2010 fue de 88.1 muertes por aborto por 100,000 hospitalizaciones por la misma causa en mujeres de todas las edades y de 54.1 por 100,000 hospitalizaciones en adolescentes.

La tasa de letalidad por aborto, analizada para el caso de México, constituye una herramienta poderosa para la investigación epidemiológica sobre aborto, especialmente en países donde las instituciones de salud mantienen sistemas

²⁸ Dra. Raffaella Schiavon Ermani, Directora General de Ipas México y Lic. Julia Escalante de Haro, Coordinadora de Política y Abogacía de Ipas México.

²⁹ Observatorio de Mortalidad Materna en México, Muerte Materna. Indicadores 2010. Pág. 34. México 2012.

³⁰ Ipas, México, Salud Reproductiva. Información Básica Nacional. Enero de 2013

³¹ La tasa de letalidad modificada se expresa como el número de muertes relacionadas con aborto por 100,000 hospitalizaciones debidas a la misma causa.

de registro que tienen cierto nivel de precisión y legitimidad.

La tasa de letalidad por aborto permite identificar las diferencias entre instituciones de salud y entidades federativas, identificando regiones y poblaciones que concentran a mujeres particularmente vulnerables, aquellas que no tienen acceso a los mejores sistemas públicos de salud y aquellas que viven en los estados más necesitados y menos desarrollados, con tasas de fecundidad más altas, y menor acceso a servicios de salud seguros, o donde prevalecen las restricciones legales, la discriminación médica, y el estigma social. También este indicador permite monitorear el acceso a los servicios, la calidad de los mismos y el impacto de los cambios legales en la atención del aborto.

La asociación inversa que nuestras investigaciones³² han encontrado entre tasa de hospitalización y tasa de letalidad por aborto (a mayor tasa de hospitalización, menor letalidad y viceversa) sugiere que las mujeres que cursan con una probabilidad más alta de sobrevivir a un procedimiento inseguro, son aquellas que tienen un mayor acceso a los servicios y/o enfrentan menos estigma al momento de buscar la atención.

6.3. Agenda Pendiente

Es necesario incluir en la política pública un enfoque basado en derechos, lo cual requiere desafiar la discriminación estructural que las mujeres enfrentan en diversos ámbitos y que inciden en la prevalencia de prácticas sexuales sin protección, violencia sexual y acceso restringido a servicios de salud reproductiva de calidad.

³² Schiavon R, Troncoso E, Polo G. Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico in the last two decades (1990-2008), *Int J ObstGynecol* 2012, Suppl. 2: s78-s86.

Es importante reconocer que la diversidad legal y normativa en materia de aborto, profundiza la desigualdad y coloca a las mujeres en situaciones de riesgo de acuerdo al estado de la república en que radiquen. Es bien sabido que la restricción legal y normativa está directamente relacionada con la prevalencia de morbilidad y mortalidad materna por aborto inseguro.

Es necesario reforzar en paralelo el acceso universal a la educación sexual integral, a la información y los medios (servicios de salud y métodos anticonceptivos) y desarrollar campañas masivas de comunicación, para lograr una efectiva prevención de los embarazos no planeados, y por ende del aborto inducido.

Se requiere también establecer estrategias específicas para la atención de todas las mujeres desde su temprana edad, así como el compromiso comunitario, familiar y de los servicios de salud para construir corresponsablemente una maternidad voluntaria y segura; esta corresponsabilidad debe ser garantizada desde todos los órdenes de gobierno, es decir, desde los ámbitos nacional, estatal y municipal.

Además, es necesario considerar las relaciones de género y la dimensión o enfoque de interculturalidad, para responder a las necesidades de los diferentes contextos sociales del país que afectan de manera diferenciada a las mujeres de acuerdo a la zona geográfica en que radiquen.

6.4. Propuestas para el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

1. Incorporar el enfoque de derechos humanos y de género en la atención a la salud reproductiva.
2. Armonizar la legislación penal de acuerdo con el artículo primero constitucional, reconociendo que el principio *Pro persona* implica la aplicación de la ley que sea más favorable y protectora, en donde todas las mujeres puedan acceder al aborto

en el mayor número de circunstancias posibles (de acuerdo a la legislación vigente para el Distrito Federal), toda vez que es ésta la legislación que mejor garantiza el derecho a la autodeterminación reproductiva.

3. Garantizarla aplicación de todas las causales³³ reconocidas en los diferentes ordenamientos penales de las entidades federativas, con el acceso igualitario y oportuno de todas las mujeres a la procuración de justicia y a servicios de salud públicos.
4. Vigilar el estricto cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, en particular a lo que se refiere a la anticoncepción de emergencia, la profilaxis para ITS y VIH, y, en su caso, la interrupción del embarazo en casos de violación.
5. Promover programas de educación sexual que fortalezcan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, considerando los diferentes contextos socioculturales.
6. Fortalecer el acceso pleno a planificación familiar y anticoncepción de emergencia, con especial énfasis en la población adolescente, incluidas las adolescentes muy jóvenes.
7. Introducir en los servicios de salud las tecnologías más modernas y seguras recomendadas por las agencias internacionales, para la interrupción del embarazo (eliminando el uso del legrado uterino instrumentado).
8. Garantizar la disponibilidad y capacidad técnica de personal de salud (médico y no médico) en todas las unidades de salud, para proveer atención de calidad al aborto incompleto así como para realizar procedimientos de interrupción del

embarazo de manera oportuna, en condiciones de seguridad y con estricto apego al respeto, a la dignidad y a los derechos humanos de las mujeres.

9. Revisar las restricciones legales y administrativas que enfrentan las mujeres menores de edad que deciden someterse a un procedimiento de aborto, en donde muchas veces su decisión se supedita a la de su representante legal.
10. Alinearse a las recomendaciones y compromisos internacionalmente asumidos por nuestro país en esta materia; la prestación de servicios de aborto, debe apegarse a las referencias y estándares basados en evidencia y recomendados por las agencias internacionales en la materia (por ej: la Organización Mundial de la Salud³⁴ y el Comité CEDAW).³⁵

³³ Excluyentes de responsabilidad, abortos no punibles, causas de no punibilidad.

³⁴ Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. 2012. Ver:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/index.html

³⁵ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer 52º período de sesiones 9 a 27 de julio de 2012 http://132.247.1.49/PAPIME306511/pdfs/Anexo_2_ObservcsfinalesCocedaw.pdf

7. MUJERES Y VIH SIDA³⁶

7.1 Introducción

A escala mundial, la epidemia del VIH y Sida se ha caracterizado por un proceso de aumento acelerado de casos en mujeres. Las mujeres cargan con el mayor peso de la enfermedad, no sólo como personas que viven con el virus, si no como las cuidadoras pagadas y no pagadas, de las personas enfermas y huérfanas a raíz del Sida.

7.2 Diagnóstico

Una de las tendencias sobresalientes de la epidemia mundial del VIH es la forma cómo afecta a las mujeres. Actualmente, representan la mitad de los 33 millones de personas que viven con VIH o Sida en el ámbito internacional. En América Latina la epidemia de VIH se caracteriza por estar concentrada –es decir, que en los países hay una prevalencia menor al 1% en población general y mayor al 5% en poblaciones específicas como hombres que tienen sexo con hombres, las y los usuarios de drogas inyectables y trabajadores sexuales- sin embargo, la proporción total de mujeres con VIH en la región es significativa con un 30% (420,000) de las 1.4 millones de personas con VIH en la región.³⁷

En México, el primer caso femenino de sida se registró en 1985, cuando había 10.8 hombres con sida por cada caso femenino. La razón

hombre/mujer de casos sida diagnosticados fue en el 2011 de 4.6 casos en hombres por cada caso en mujer, mientras que la razón en las personas con VIH fue de 3.3 casos en hombres por cada caso en mujer para ese mismo año,³⁸ lo que representa un cambio importante en la epidemia en el país. Según datos del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, un 26% de las personas con VIH en nuestro país son mujeres y las mujeres jóvenes representan un 33.2% del total de casos acumulados en mujeres.

7.3. Agenda pendiente

La principal vía de transmisión en las mujeres es el coito heterosexual. Sin embargo, el rezago en las acciones para dar respuesta a la epidemia en mujeres es notable y se aprecia en las siguientes condiciones:

- a. No existen campañas amplias de educación sobre el VIH dirigidas a la población femenina en general, ni diferenciadas por género para las poblaciones clave;
- b. El acceso oportuno a las pruebas de diagnóstico de VIH se encuentra limitado por la percepción compartida por el personal de salud y por las mujeres, de que las mujeres tienen poco riesgo de adquirir el VIH;
- c. Los servicios de salud sexual y reproductiva no incluyen información sobre prevención del VIH ni consideran estrategias de atención que consideren las necesidades específicas de las mujeres con VIH;
- d. Los servicios de atención materna no ofrecen de manera rutinaria la prueba de VIH a las mujeres embarazadas, no existen rutas claras de aplicación de las pruebas y canalización de las mujeres con resultado positivo, no existen

³⁶ Mtra. Eugenia López Uribe Coordinadora General de Balance, Dra. Tamil Kendall Asesora en VIH, Lic. Gabriela García Patiño Asistente Área Mujeres y VIH.

³⁷ ONUSIDA (2012) Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf

³⁸ CENSIDA (2012). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de septiembre del 2012. (pp 2-23).

los insumos que se requieren para garantizar las acciones de prevención perinatal consideradas en la normatividad;

- e. Existe insuficiencia de recursos presupuestales por parte de los programas estatales de Arranque Parejo en la Vida (APV) para la compra de insumos para la prevención vertical del VIH, y se prioriza la compra de medicamentos y otros servicios por encima de la compra de insumos para tamizaje de VIH y sífilis;
- f. Existe lentitud en la adquisición a nivel estatal de pruebas de VIH para mujeres embarazadas;
- g. El personal de salud de los servicios del primer nivel de atención y de los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva y la salud materna no están capacitados en VIH ni sensibilizados para garantizar la no discriminación a las personas con VIH;
- h. Los servicios especializados en VIH no tienen capacitación ni responden a las necesidades de salud sexual y reproductiva ni identifican ni atienden la violencia intrafamiliar a pesar de la normatividad vigente y, por otro lado, los servicios disponibles para atender la violencia intrafamiliar no están capacitados en VIH ni responden a las necesidades específicas de las mujeres con VIH y;
- i. Las y los jóvenes siguen enfrentando barreras significativas para acceder a la prevención, atención y al tratamiento relacionadas con el VIH, entre ellas el acceso a la prueba de VIH en menores.

7.4 Propuestas para el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

1. Se requieren campañas amplias de educación sobre el VIH dirigidas a la población femenina así como estrategias diferenciadas por género para poblaciones clave. Es fundamental que estas campañas vayan acompañadas del acceso y disponibilidad de la prueba de VIH para mujeres en general no solo para trabajadoras sexuales y embarazadas.

2. Distribución del condón femenino en los servicios de salud nacionales acompañado de estrategias de educación sobre su uso.
3. Capacitar y sensibilizar al personal de primer nivel de atención y de los servicios relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materna en el tema de VIH.
4. Incluir la oferta rutinaria de la prueba de VIH a todas las mujeres embarazadas en la normatividad y en la práctica para garantizar que 100% de ellas reciban la información de manera oportuna y adecuada.
5. Se deben establecer rutas claras para la aplicación de pruebas y la canalización de las mujeres con resultado positivo.
6. Se debe garantizar el abasto de insumos para la realización de las pruebas de detección de VIH en el embarazo y el parto, así como capacitar al personal de salud para sensibilizar a las mujeres embarazadas y a sus parejas masculinas sobre los beneficios de la realización de la prueba de detección.
7. Asignar recursos presupuestales suficientes a los programas estatales de Arranque Parejo en la Vida para la compra de insumos para la prevención vertical del VIH y agilizar la adquisición de las pruebas de detección de VIH para mujeres embarazadas.
8. Garantizar el acceso a la fórmula para la sustitución de la lactancia materna por seis meses para cada niña/o nacido de una mujer con VIH y hacer una consejería más amplia para asegurar que la opción de la fórmula realmente esté de acuerdo con las necesidades de las mujeres y evitar así la alimentación mixta.
9. Asegurar la integración efectiva entre los servicios de VIH y salud sexual y reproductiva en concordancia con el Acuerdo de Glion de UNFPA/OMS.
10. Capacitar a los servicios especializados de VIH en la atención a la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres con VIH y en la identificación de la violencia intrafamiliar

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

11. Promover la protección dual (condón + otro método anticonceptivo) en mujeres con VIH para prevenir embarazos no deseados y asegurar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno del virus del papiloma humano y de otras ITS.
12. Asegurar una consejería sobre inseminación (que explique que si la carga viral de la mujer es indetectable hay menor probabilidad de transmisión al producto y a la pareja; que la pareja serodiscordante puede tomar profilaxis pre exposición para reducir la posibilidad de transmisión; que puede realizarse una inseminación casera (jeringa médica); que en algunos casos se requiere el cambio de esquema de antirretrovirales antes del embarazo) y embarazo seguro con esquemas antirretrovirales adecuados, así como ampliar el acceso a la reproducción asistida y la adopción.

8. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES INDÍGENAS³⁹

8.1. Introducción

Los pueblos indígenas son un actor central en la construcción de la historia y la formación de nuestra identidad. El artículo 2º de la Constitución Política establece que México, tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas, que actualmente son 62, distribuidos principalmente en 26 entidades federativas.

Es el octavo país a nivel mundial con mayor población indígena y el primero en América Latina en términos numéricos. El reconocimiento a sus derechos colectivos como pueblos, establecido en el marco normativo nacional e internacional, obliga a pensar la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva que considere esta diversidad y contribuya a reducir las brechas asociadas a desigualdades sociales, étnicas y de género que enfrentan las mujeres indígenas.

8.2. Diagnóstico

Las mujeres representan más de la mitad de la población indígena y 60% de ellas se encuentran en edad reproductiva.⁴⁰ La edad de inicio de relaciones sexuales en este grupo es de 16 años, mientras el promedio nacional está por arriba de 18 años. El primer embarazo ocurre en promedio un año después de este evento. La tasa global de fecundidad entre mujeres indígenas es de 3.23 hijos/as, en comparación con las no indígenas, que tienen 2.1 hijos. Las mujeres indígenas tienen un promedio de 6 consultas prenatales, mientras a nivel nacional es de 7.8 consultas durante el embarazo.⁴¹

Para avanzar en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de equidad de género e interculturalidad, es necesario abatir las desigualdades sociales de género y etnia. Los indicadores muestran como las condiciones de salud están íntimamente relacionadas con determinantes sociales y las condiciones de vida de las colectividades. La población de mujeres indígenas presenta una alta incidencia de morbi-mortalidad, debido a padecimientos relacionados con los procesos de su vida sexual y reproductiva; tal es el caso de las defunciones de mujeres durante el proceso de embarazo, parto y postparto. Los datos de mortalidad materna para 2011 señalan que 16% de las mujeres fallecidas a nivel nacional eran indígenas pero en el caso de Nayarit fueron seis de cada diez, mientras en Chiapas y Oaxaca se elevaba a la mitad. Los rezagos estructurales y las desigualdades,⁴² hacen que el riesgo de morir para una mujer en estados indígenas como Oaxaca, Chiapas o Guerrero es hasta cinco veces mayor al de una mujer en Aguascalientes.

La posibilidad de ejercer derechos sexuales y reproductivos, entre ellos a decidir el número y espaciamiento de los hijos sigue teniendo limitaciones. El uso de anticonceptivos en mujeres indígenas es de 58%, mientras entre mujeres no indígenas alcanza 73.5%. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos⁴³ entre mujeres indígenas es de 21.5%;⁴⁴ la segunda más alta del país después de las adolescentes. Esto muestra que si bien hay una reducción en el número de hijos deseados, las mujeres no están teniendo acceso a condiciones que les permitan libremente decidir sobre su cuerpo y su reproducción.

³⁹ Mtra. Lina Berrio Palomo, Directora de Kinal Antzetik.

⁴⁰ Inegi. Censo de Población y Vivienda 2010.

⁴¹ Consejo Nacional de Población. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009.

⁴² Observatorio de Mortalidad Materna. Numeralia 2011.

⁴³ Consejo Nacional de Población. Estimaciones con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009.

⁴⁴ Consejo Nacional de Población. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009.

El 66% de la población indígena reside en zonas rurales y sus posibilidades de acceso a servicios de salud son limitadas dada la lejanía de muchas comunidades y la insuficiente cobertura institucional en los municipios considerados indígenas. Por otra parte, la mayoría no cuenta seguridad social y es población abierta o afiliada al Seguro Popular. El acceso a intervenciones relacionadas con el tratamiento de ciertos padecimientos como cáncer de mama, cérvico uterino o tratamientos antirretrovirales, son de difícil acceso para las mujeres indígenas por las distancias, tiempos y costos para el traslado a los lugares donde se ofertan dichos tratamientos.

8.3. Agenda Pendiente

Las mujeres indígenas enfrentan condiciones de mayor desventaja que cualquier otro grupo social en razón de su pertenencia étnica, su adscripción de clase y su condición de género. Las brechas de acceso, disponibilidad, calidad y aceptabilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva ofertados a las mujeres indígenas constituyen uno de los temas pendientes en la agenda.

El derecho a la participación en la adopción de decisiones constituye una demanda vigente de reconocimiento e inclusión por parte de las mujeres indígenas ante el Estado nacional.

Los mecanismos y procesos existentes para promover el ejercicio de los pueblos indígenas en México, no garantizan la participación plena, equitativa ni representativa de las mujeres, de manera que quedan invisibilizadas en el diseño de políticas públicas, programas y acciones institucionales.

Se requieren impulsar acciones específicas, diseñadas con enfoque de género, interculturalidad y derechos, para incluir las perspectivas y experiencias de las mujeres indígenas dentro de las acciones de la

administración pública y contribuir a su pertinencia, adecuación y permanencia.

Los recursos asignados a mujeres indígenas y particularmente a estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva, son insuficientes, difíciles de rastrear y no se cuenta con un programa de acción específica en salud sexual y reproductiva para esta población. La información desagregada por condición de pertenencia étnica debe fortalecerse en todos los registros de intervenciones en salud.

Si bien se ha ampliado la oferta de métodos anticonceptivos, acceso a servicios e indicadores de salud sexual y reproductiva, existen fuertes reclamos por parte de la población en relación con la calidad de la atención recibida y la pertinencia cultural de la misma, pues persisten actitudes de maltrato, violencia o discriminación asociadas a la condición de género y étnica.

8.4. Propuestas para el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

1. Garantizar que los pueblos indígenas tengan acceso a una atención de salud sexual y reproductiva culturalmente apropiada, que incluya servicios de prevención del VIH.
2. Promover la transversalidad del enfoque intercultural y el de género, en todos los programas sectoriales de salud sexual y reproductiva, y en las dependencias dedicadas a la atención de pueblos indígenas, en materia de salud, creando mecanismos de obligatoriedad para la adopción de dicho enfoque en la planeación, ejecución y evaluación de los servicios de salud sexual y reproductiva.
3. Incorporar y usar, en la toma de decisiones, las variables étnicas en los sistemas de registro de información en salud, para contar con estadísticas diferenciadas para población indígena

que permitan monitorear avances, identificar retrocesos, evaluar servicios y condiciones de morbi-mortalidad, así como diseñar acciones orientadas a la reducción de brechas.

4. Incorporar en los servicios de salud sexual y reproductiva, intérpretes, facilitadoras interculturales y promotoras de salud indígenas.
5. Fortalecer el trabajo de las parteras tradicionales, permitiendo la atención de partos eutócicos y garantizando una efectiva vinculación con las redes de servicios institucionales para la atención de la emergencia obstétrica.
6. Recuperar las experiencias locales y buenas prácticas en materia de salud sexual y reproductiva para pueblos indígenas, desarrolladas previamente por dependencias gubernamentales,⁴⁵ organismos de Naciones Unidas, sociedad civil y organizaciones indígenas; en la construcción de políticas públicas con enfoque intercultural y adecuado presupuesto.
7. Garantizar el abasto de anticonceptivos en el primer nivel de atención y ofertarlos a mujeres y hombres indígenas con pleno respeto a sus derechos reproductivos, a información suficiente y en su lengua, así como el consentimiento informado.
8. Definir estrategias, acciones, metas y recursos específicos, en cada una de estas dependencias, así como mecanismos de rendición de cuentas a la sociedad y al poder legislativo; quien a su vez deberá asignar los recursos correspondientes para ello y vigilar periódicamente, los avances del ejecutivo en esta materia.

9. Realizar la armonización del marco normativo nacional e internacional en materia de derechos culturales de los pueblos indígenas, particularmente en el ámbito de la salud.

10. Garantizar el derecho a la participación y la consulta de las organizaciones de mujeres indígenas, parteras y actores locales, en el diseño, monitoreo y evaluación de acciones, programas y estrategias en salud sexual y reproductiva para que éstos respondan a sus necesidades y agendas.

⁴⁵ Como las Casas de la Mujer Indígena de la CDI, el programa en salud sexual y reproductiva para pueblos indígenas del UNFPA, las experiencias de formación de liderazgos indígenas en salud de organizaciones sociales como Kinal Antzetik D.F, GesMujer, etc

9. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS Y LOS ADOLESCENTES ⁴⁶

9.1. Introducción

La adolescencia es una etapa crítica en la que se construyen y adquieren actitudes y conductas que impactarán de manera integral el futuro de las personas. La posibilidad para iniciar el debut sexual y la vida reproductiva implican que las y los adolescentes deben estar preparados para responder a las consecuencias que estos fenómenos conllevan. Requerirán expresar comportamientos asertivos, preventivos y oportunos, con autodeterminación, basados en información confiable y objetiva, y al margen de obstáculos y preceptos que intenten violentar y trasgredir sus derechos humanos y en este caso en particular, sus derechos sexuales y reproductivos. Los problemas alrededor de su salud sexual y reproductiva son complejos e incluyen embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. En México todavía enfrentamos graves obstáculos para que la salud reproductiva, pero sobre todo la salud sexual sea una realidad a la que puedan acceder todos los adolescentes, independientemente de su edad, sexo, etnia u orientación sexual.

9.2. Diagnóstico

La dinámica demográfica de México ha ocasionado que actualmente se transite con la mayor generación de adolescentes en la historia de nuestro país. Alrededor de 21 millones de mujeres y hombres entre 10 y 19 años de edad en 2012, según las proyecciones de población del CONAPO, y un grupo de un poco más de 5 millones de mujeres

adolescentes entre 15 y 19 años, en el que acontecen de forma importante los embarazos no planificados o no deseados.

Los eventos que condicionan la vida sexual y reproductiva de las y los adolescentes se presentan de forma no necesariamente favorable para su desarrollo y expectativas de vida. Según la última Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID) efectuada por el INEGI en 2009, la edad media a la primera relación sexual ocurre a los 16.6 años, y es hasta un año después que se inicia el uso de la anticoncepción. Alrededor del 61.5% de las adolescentes (15 a 19 años) no utilizan anticonceptivos al inicio de sus relaciones sexuales, y estando unidas, 24.6% no utiliza anticonceptivos a pesar de no querer tener hijos. Esta característica se define como necesidad insatisfecha de anticonceptivos (NIA), la cual no ha cambiado significativamente desde 1987 en las adolescentes unidas o sexualmente activas.

En consecuencia, la tasa de fecundidad en adolescentes es alta, aproximadamente de 70 nacidos vivos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, dando lugar a la ocurrencia de casi 360 mil nacimientos anuales; de los cuales se estima que 41% podría corresponder a embarazos no planificados o no deseados. En relación a ITS y VIH, actualmente la mayoría de los nuevos casos de VIH se concentra en el grupo de edad de entre 15 y 24 años.

La problemática anterior obliga a unir esfuerzos coordinados de áreas del sector salud como del sector educativo que atiende a la población adolescente. La salud sexual del adolescente cobra gran relevancia y para ello es impostergable que las y los adolescentes adquieran conocimientos sobre educación integral en sexualidad a partir del nivel escolar básico. Entendida la educación integral en sexualidad con respeto a los derechos humanos, a la perspectiva de género, a fomentar las decisiones individuales, oportunas y asertivas; considerando acciones preventivas

⁴⁶ Mtra. Esperanza Delgado Herrera, Gerente de Relaciones Interinstitucionales y Lic. Jennyfer Jiménez González, Coordinadora de Relaciones Interinstitucionales y Abogacía, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar.

y riesgos con sustento basado en evidencias, así como promoviendo el desarrollo integral de la persona.

Han sido importantes los esfuerzos e iniciativas impulsados desde las organizaciones de la sociedad civil para que se avance de forma armónica tanto en servicios de salud sexual y reproductiva amigables y sensibles a las necesidades de los adolescentes, como en la implementación sistemática de una educación integral en sexualidad que considere la curricula escolar y la capacitación al profesorado. El reto es aún enorme.

Por otra parte, todavía existen obstáculos para que las políticas públicas que comprometen acciones favorables hacia los derechos y la salud sexual y reproductiva de la población adolescente sean una realidad observada en todo el ámbito nacional. En la administración anterior se publicó por primera vez el Programa de Acción en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, y así la salud sexual y reproductiva de la población adolescente dejó de ser un renglón presupuestal del Programa de Planificación Familiar y tuvo sus propias políticas y lineamientos. Sin embargo, este Programa para Adolescentes enfrentó serias dificultades para la asignación de presupuestos suficientes y etiquetados. En relación a su implementación en varias entidades del país, funcionarios de alto nivel tomaron decisiones parciales para señalar los apartados a enfatizar, siendo el acceso a métodos anticonceptivos uno muy debilitado. Las acciones de rendición de cuentas sobre la ejecución programática y financiera de los estados en el tema enfrentan grandes desafíos.

Otro aspecto relevante desdibujado e invisibilizado en la salud de las adolescentes, es el tema del aborto. Investigaciones recientes evidencian que las hospitalizaciones por aborto entre 2000 y 2010, suman un total de 1.096.269 para todas las causas de aborto, y

representan 10.7% de todas las hospitalizaciones maternas.

De estas, 11,183 eventos fueron entre adolescentes de 10-14 años y 239.747 entre las de 15-19 años. Las hospitalizaciones entre todos los adolescentes (10-19 años) representaron 22.8% de todos las HA; 1% pertenece a las adolescentes más jóvenes (10-14 años).

Los grupos de edades muy jóvenes (10 a 14 años de edad) no se incluyen tradicionalmente en las encuestas demográficas y de salud reproductiva en la mayoría de los países, incluido México, “invisibilizando” a este grupo etario. Pero los análisis de otras fuentes, como los datos de hospitalización o los Certificados de Nacimientos, desglosados por grupos de edad, permiten identificar estas nuevas emergencias en los comportamientos sexuales y reproductivos y las necesidades de estos adolescentes muy jóvenes.

Los datos aquí presentados sugieren fuertemente que existe una y creciente demanda insatisfecha de información, educación, y de servicios y métodos anticonceptivos también entre los adolescentes más jóvenes, de 10 a 14 años, que de no resolverse, redundará en incrementos en eventos hospitalarios (por causas maternas en general y por aborto en especial) con un profundo impacto negativo en términos demográficos, de salud pública y de violaciones a los derechos humanos de esta población.⁴⁷

⁴⁷ Raffaella, Schiavon, Polo Gerardo, Morales Jorge, Sanhueza Patricio, Troncoso Erika, 2012. Aumento de las hospitalizaciones por aborto entre adolescentes y adolescentes muy jóvenes en la última década en México.

9.3. Agenda Pendiente

Diseñar y ejecutar políticas públicas articuladas entre el sector salud y el sector educativo del poder ejecutivo que permitan proveer servicios de educación integral en sexualidad y servicios de salud para el cuidado de la salud sexual y reproductiva de adolescentes.

Promulgación de la Norma Oficial Mexicana 047, sobre Salud Integral del Adolescente, como fue aprobada por los expertos convocados, y que contempla la salud sexual y reproductiva, con una perspectiva explícita de respeto a sus derechos sexuales y reproductivos.

Impulsar iniciativas para que en la Ley General de Salud incorpore de manera clara y explícita la salud sexual y reproductiva, ubicándola con la misma prioridad que la salud materna.

Incluir la compra de anticonceptivos dentro de la categoría de insumos estratégicos de tal manera que se garantice su adquisición, distribución y abasto suficiente y oportuno en todo el país, indicando su gratuidad ESPECIALMENTE para la población adolescente.

Mantener campañas mediáticas con cobertura nacional sobre acciones de prevención de embarazo no planeado y de ITS dirigidas a la población adolescente

Garantizar presupuesto específico para acciones relacionadas a la educación integral en sexualidad y a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente

Dar seguimiento y evaluar las acciones programáticas en educación y salud sexual y reproductiva para adolescentes de acuerdo a la política de población y a los compromisos del sistema de salud y de educación

Fortalecer la rectoría del nivel federal hacia las entidades del país para que cumplan con la política nacional y rindan cuentas transparentes y oportunas en materia de

educación integral en sexualidad y salud sexual y reproductiva.

Crear espacios oficiales para el seguimiento de programas y políticas públicas con participación de la sociedad civil en todas las entidades federativas del país y en sus diferentes niveles de gobierno: estatal y municipal.

9.4. Propuestas para el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

1. Enfatizar que la población adolescente de México es de alta prioridad por su impacto en el desarrollo del país, por la condición demográfica, y que este énfasis se traduzca en leyes, políticas públicas, normatividad y presupuesto.
2. Entender a los adolescentes como sujetos de derechos y sobre todo respetando y reconociendo sus derechos sexuales y reproductivos.
3. Favorecer todo tipo de servicios de salud y de educación, sensibles y adecuados a sus necesidades en materia de sexualidad y de reproducción, con un fuerte enfoque preventivo, con personal capacitado y sensibilizado, médico y no-médico, para evitar riesgos altos que truncan su plan de vida como son los embarazos no deseados y/o no planeados y las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH.
4. Contemplar acciones para la prevención de embarazo adolescente en campañas mediáticas, así como acceso a anticonceptivos sin la necesidad de autorización o compañía de un adulto.
5. Involucrar a dos actores clave para el diseño del desarrollo integral de la población adolescente, y que son frecuentemente olvidados: a los propios adolescentes y a la sociedad civil organizada, institucionalizando canales de diálogo para el seguimiento

de las políticas públicas en todos los niveles de gobierno: federal, estatal y municipal.

9.4.1. Principales derechos sexuales y reproductivos que debe garantizar el estado.

- **Derecho a la igualdad, a una protección legal igualitaria y a vivir libres de toda forma de discriminación basada en el sexo, la edad, orientación sexual o el género.**
- Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y deben gozar de la misma protección de la ley contra la discriminación con base en cualquier condición.
- Se debe garantizar a todas las personas un ambiente en donde cada quien disfrute y tenga acceso en igualdad de condiciones a la totalidad de derechos proporcionados por el Estado. Los Estados y la sociedad civil deben dar los pasos necesarios para promover la modificación de prácticas sociales y culturales basadas en roles estereotipados de mujeres u hombres, o con base en la idea de una superioridad o inferioridad de los sexos, géneros o expresiones de género.
- Todas las personas tienen derecho al trabajo, educación, salud, seguridad social y otros derechos económicos, sociales y culturales, así como el acceso a las instalaciones, bienes, servicios y condiciones necesarios para ejercerlos sin discriminación por motivo alguno.
- **El derecho de todas las personas a la participación, sin importar su sexo, orientación sexual o género.**
- Todas las personas tienen derecho a un ambiente que les permita participar y contribuir activa, libre y significativamente en los aspectos civiles, económicos, sociales, culturales

y políticos de la vida humana, a nivel local, nacional, regional e internacional; y a través de cuyo desarrollo puedan hacerse realidad los derechos humanos y las libertades fundamentales.

- Todas las personas tiene derecho a participar en el desarrollo e implementación de políticas que determinen su bienestar, incluyendo su salud sexual y reproductiva, sin barreras formales o informales como las condiciones para el matrimonio; condicionalidades relativas al VIH, o normas de género discriminatorias, estereotipos y prejuicios que excluyen o restringen la participación de las personas con base en ideas de género y de lo que se supone es correcto sexualmente.
- Las personas jóvenes, que son con frecuencia excluidas, tendrán derecho a ser partícipes y protagonistas en los procesos de cambio en sus sociedades. Deberán tener formas más significativas de contribuir y compartir las responsabilidades para el desarrollo de políticas y programas encaminados a proteger, promover y lograr que se garantice su salud y sus derechos sexuales y reproductivos.
- **Derecho a la autonomía personal y al reconocimiento ante la ley.**
- Todas las personas tienen derecho al reconocimiento en todas partes como personas ante la ley, sin discriminación por motivo alguno.
- **Derecho a la salud y a los beneficios del avance científico.**
- Todas las personas tienen derecho a gozar del más alto estándar posible de salud física y mental, que incluye los determinantes esenciales de la salud, y el acceso a la atención de la salud sexual para la prevención, diagnóstico

y tratamiento de todas las inquietudes, problemas y trastornos sexuales.

- Todas las personas tienen derecho a participar en el establecimiento de leyes, políticas, programas y servicios referentes a la salud pública en sus comunidades.
- Todas las intervenciones en materia de salud deben ser sensibles a las necesidades especiales de las personas y comunidades marginadas.
- Todas las personas tienen derecho al acceso a la información sobre derechos sexuales, orientación sexual, sexualidad e identidad de género en relación con la salud; y al acceso a los mejores servicios de salud posibles con base en evidencia e investigación científicamente válida.
- **Derecho a la educación e información.**
Todas las personas tienen derecho a la educación dirigida a erradicar el estigma y la discriminación, promover el desarrollo de la gente joven como actores informados que asuman la responsabilidad de sus vidas y les empodere para participar en la determinación de políticas relativas a la salud sexual y a la educación en sexualidad.
- Todas las personas y la gente joven en particular tienen derecho a aportar a los programas de educación integral en sexualidad y a las políticas relacionadas con la sexualidad.
- **Derecho a la rendición de cuentas y reparación de daños.**
- Los estados deben establecer mecanismos de rendición de cuentas para garantizar el cumplimiento pleno de sus obligaciones relacionadas con la garantía de los derechos sexuales.

10. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES⁴⁸

10.1. Introducción

México es un país que debe estar integrado a la dinámica mundial, cuenta con una tradición muy importante en el reconocimiento de los derechos humanos a través de los diferentes Tratados en la materia de los que México es Estado parte, así como de sus los diferentes mecanismos e instrumentos de seguimiento.

Estos instrumentos y mecanismos han elaborado múltiples informes y recomendaciones al Estado Mexicano en gran diversidad de temas y niveles. La Secretaría de Relaciones Exteriores, así como la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Centro de Investigación y Docencia Económicas se han dado a la tarea de sistematizar dichas recomendaciones que se encuentran disponibles en <http://recomendacionesdh.mx/inicio>.

En esta base de datos pública, se encuentran por lo menos 250 recomendaciones sobre temas de mujeres, 66 recomendaciones sobre salud y 21 de ellas específicas sobre mujer y salud. Estas recomendaciones se han dado a partir de 1998 y hasta 2012 y están vinculadas a asuntos diversos como la violencia, la población indígena, la no discriminación, la salud reproductiva, la población adolescente, la trata de personas, etcétera.

10.2. Diagnóstico

Es compromiso del Estado Mexicano atender, actuar, resolver e informar sobre el fondo de estas recomendaciones y rendir cuentas ante el sistema internacional de derechos humanos

del que voluntariamente México decidió formar parte.

Además, debemos recordar que tenemos pendiente aterrizar tanto las políticas públicas como armonizar las leyes secundarias de acuerdo a la reforma del artículo 1° constitucional, en el que se incorporó a la Constitución Política Mexicana las normas de derechos humanos contenidas en los tratados internacionales de los que México es parte.

También se establece la obligación de las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; y por último se establecen como criterios de aplicación de las normas de derechos humanos los principios *pro persona* y de interpretación conforme.

A la fecha, desde el poder ejecutivo se han impulsado prioritariamente cuatro áreas a ser armonizadas en el ámbito legislativo:⁴⁹ igualdad, vida libre de violencia de las mujeres, no discriminación y trata de personas. Aunque el Instituto Nacional de las Mujeres ha asesorado, promovido o acompañado reformas tanto a nivel federal como estatal, aún es necesario completar el entramado jurídico en dichos rubros. Sin embargo, fuera de estas áreas el acompañamiento desde el Ejecutivo hacia el poder legislativo federal no ha sido el mismo. Se encuentra pendiente la salud reproductiva y el ejercicio de derechos asociados en el marco legal de salud.

⁴⁸ Lic. Martha Juárez Pérez, Enlace con el Poder Legislativo de Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad.

⁴⁹ <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/igue-es-el-inmujeres/legislacion> consultado en marzo de 2013.

10.3. Agenda pendiente

Como ejemplo de las recomendaciones en la materia tenemos la emitida en 2006 en el Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer; 26º y 27º Periodo de sesiones (CEDAW), que indica:

“El Comité insta al Estado Parte a que amplíe la cobertura de los servicios de salud, en particular la atención de la salud reproductiva y los servicios de planificación de la familia, y a que trate de eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres tengan acceso a esos servicios.

Además, el Comité recomienda que se promueva e imparta ampliamente la educación sexual entre hombres y mujeres y adolescentes de ambos sexos.

El Comité pide al Estado Parte que armonice la legislación relativa al aborto a los niveles federal y estatal. Insta al Estado Parte a aplicar una estrategia amplia que incluya el acceso efectivo a servicios de aborto seguros en las circunstancias previstas en la ley, y a una amplia variedad de métodos anticonceptivos, incluidos anticonceptivos de emergencia, medidas de concienciación sobre los riesgos de los abortos realizados en condiciones peligrosas y campañas nacionales de sensibilización sobre los derechos humanos de la mujer, dirigidas en particular al personal sanitario y también al público en general.”

El estado mexicano reporta acciones que ha tomado para atender, parcialmente, dicha recomendación. Sin embargo, para 2012 las Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, reiteran sobre la salud sexual y reproductiva:

“[El Comité recomienda que el Estado parte:] Garantice el acceso universal a servicios de atención de salud y a información y educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en particular para las

adolescentes, a fin de prevenir los embarazos no deseados y de adolescentes;” Véase: <http://recomendacionesdh.mx/buscador/detalle/2024>

10.4. Propuestas para el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, deberá incorporar las siguientes propuestas:

1. Impulsar acciones que potencien la implementación de las recomendaciones en derechos humanos y salud, particularmente sobre la mujer y la salud, elaboradas por los mecanismos de seguimiento a los tratados de derechos humanos de los que México es parte.
2. Tomar en cuenta las recomendaciones citadas, particularmente en el ámbito de la política pública, la actividad legislativa y el quehacer jurisdiccional.
3. Que los mecanismos de la Mujer acompañen e impulsen la armonización legislativa ante el poder legislativo, con base en los estándares internacionales de protección de derechos humanos y retome las recomendaciones hechas por los diferentes mecanismos de seguimiento a los tratados de derechos humanos, en conformidad con la reforma constitucional mexicana de derechos humanos, particularmente las relativas a la salud reproductiva.
4. Promover ampliamente una cultura de respeto a los derechos humanos en la población, con el conocimiento de las convenciones internacionales en defensa de los derechos de las mujeres y de los grupos específicos de la sociedad en situación de vulnerabilidad y discriminación.
5. Sensibilizar sobre el contenido de las convenciones internacionales en materia de los derechos de las mujeres en los tres niveles de gobierno.

COALICION POR LA SALUD DE LAS MUJERES

¿Qué Organizaciones la integramos?

Comité promotor por una maternidad segura.

El Comité se conforma por un grupo plural y multidisciplinario representado por organizaciones civiles, gubernamentales, académicas y agencias internacionales mujeres de cooperación, preocupadas por mejorar la salud de las durante la maternidad y evitar la mayoría de las muertes prematuras de mujeres que fallecen a causa de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

Consortio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad A.C.

Organización feminista, laica, sin fines de lucro y no partidaria, que busca contribuir a la plena ciudadanía de las mujeres, a la igualdad de género y a la creación de una sociedad y un estado de derecho democrático.

Salud Integral para la Mujer, Sipam.

Organización feminista y ciudadana, sin fines de lucro que promueve y defiende el ejercicio libre y placentero de la sexualidad de las mujeres así como el respeto de sus derechos sexuales y reproductivos como ejes de transformación personal, cultural y política.

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, Mexfam.

Asociación civil sin fines de lucro, gobernada por voluntarios y dirigida por un selecto grupo de profesionistas que, a lo largo de 40 años, ha respondido con oportunidad y eficacia a los cambios que han ocurrido en nuestra sociedad. Ha participado activamente en los programas de Planificación Familiar que han transformado la estructura de la población en México y ha aplicado de manera ejemplar los principios de integración de servicios con una visión de Salud Reproductiva.

Fundar, Centro de Análisis e Investigación.

Fundar se dedica a la incidencia y monitoreo de políticas e instituciones públicas por medio de la investigación aplicada, la reflexión crítica y propositiva, la experimentación y la vinculación con actores civiles, sociales y gubernamentales.

Ipas México.

Organización internacional no gubernamental dedicada a eliminar las muertes y discapacidades evitables atribuibles al aborto inseguro.

Kinal Antzetik. Distrito Federal.

Asociación Civil que contribuye al desarrollo integral de mujeres y hombres, especialmente pueblos indígenas en México, mediante fortalecimiento institucional; el fomento de procesos organizativos y autónomos, el trabajo comunitario, la formación, el acompañamiento, la incidencia, la atención psicosocial desde una visión sistémica con perspectiva de derechos, ciudadanía, equidad de género y respeto a la diversidad.

Comunicación e Información para la Mujer, Cima.

Organización que genera y publica información noticiosa sobre la condición social de las mujeres, asegurar que las y los periodistas incorporen los derechos humanos de las mujeres en su trabajo cotidiano, así como promover los medios como una herramienta de transformación educativa y social que sirva como estrategia para que las organizaciones civiles transmitan sus actividades, demandas y propuestas.

Balance.

Grupo de personas activistas aliadas con la misión de incidir en el diseño, implementación y ciudadanía de las políticas públicas sobre derechos sexuales, con énfasis en mujeres y jóvenes, desde una perspectiva que reconoce la diferencia e involucra plenamente a las poblaciones que históricamente han sido vulnerabilizadas.

Observatorio de Mortalidad Materna en México

Instancia independiente conformada por personas, organizaciones civiles nacionales e internacionales, agencias y fundaciones de cooperación técnica y financiera, instituciones académicas, de investigación y de gobierno, vislumbrándose como un espacio para la conjunción de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para monitorear, desde la sociedad civil, los avances para mejorar la salud materna.

Agradecemos la Colaboración de la Dra. Gabriela Rodríguez de AFLUENTES.