



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES



De la administración de los servicios de planificación familiar hacia la  
política pública de salud reproductiva en México.  
Logros y Avances (1995-2004)

## T E S I S

Que para obtener el Título de  
Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública  
(Especialidad Administración Pública)

### PRESENTAN:

Erika Pacheco Santos

Juan Carlos Silva Peñaloza

### ASESOR:

Dr. Carlos Ruiz Sánchez

MÉXICO, D. F. 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por dejarnos el orgullo de ser parte de ella.

A la **Facultad de Ciencias Políticas y Sociales** y a todos nuestros profesores por enseñarnos la más bella de las profesiones.

Al **Dr. Carlos Ruíz Sánchez**, por su enorme esfuerzo para aceptar nuestro proyecto y por su enorme enseñanza.

Al **Dr. Ricardo Uvalle Berrones**, nuestro profesor de generación y uno de los mas grandes en este maravilloso mundo de la Administración Pública.

Al **Maestro Noé Pérez Bello y Maestro Jesús Uribe Torres**, por sus valiosas y excelentes apreciaciones y consejos para terminar de mejor manera nuestra investigación.

A la **Dra. Elena Jeannetti Dávila**, por su comprensión para con éste trabajo y por tantos años de enseñanzas académicas y laborales.

**Erika Pacheco Santos**  
**Juan Carlos Silva Peñaloza**

**Camila:**

A mi hija, con todo mi amor, eres mi razón de ser y el impulso para salir adelante.

**Aníbal y Rosa María, mis padres:**

Por todo lo que me han dado a lo largo de mi vida, amor, cariño, paciencia, orientación, educación por todo. GRACIAS

**A mis hermanas, Odette e Ivonne,** las quiero mucho. GRACIAS

A Juan Carlos con quién elaboré la investigación y por su amistad gracias.

A mis familiares, amigos, a todos que a lo largo de mi vida han estado conmigo. Gracias.

**Erika Pacheco Santos**

A la **Sra. María Teresa Peñaloza Hinojosa**.

A ti Mamá, porque siempre confiaste en mí, por ser la mejor del mundo y a quien le debo todo.

A mi hermana **Margarita**, quien también ha forjada una parte de mí y a quien le debo mucho.

A la memoria de mi Padre, **Juan Silva López**.

Gracias Erika, por la paciencia y por darme ese impulso final. Pero sobre todo, gracias por tantos años de una linda amistad.

**Juan Carlos Silva Peñaloza**

INDICE

|   |    |
|---|----|
| Introducción  | 9  |
| <b>Capítulo 1</b>   |    |
| Marco Conceptual del Estado, Gobierno y Administración Pública                          | 14 |
| 1.1. El Estado  | 14 |
| 1.1.1. Estado de Derecho  | 17 |
| 1.1.2. Estado Liberal   | 18 |
| 1.2. Gobierno   | 19 |
| 1.3. Administración Pública   | 20 |
| 1.3.1. Las ciencias camerales   | 21 |
| 1.3.2. La Ciencia de la Administración  | 24 |
| 1.4. Las Políticas Públicas   | 25 |
| 1.4.1. Definición y surgimiento   | 25 |
| 1.4.2. La definición de los problemas públicos  | 27 |
| 1.4.3. El diseño de la agenda   | 28 |
| 1.4.4. La formulación de las políticas públicas   | 29 |
| 1.4.5. La fase de evaluación  | 30 |
| <b>Capítulo 2</b>   |    |
| Marco General de la Administración de la Salud en México                                | 31 |
| 2.1. Aspectos doctrinarios de la salud  | 31 |
| 2.1.1. Las ciencias camerales en la atención a la salud                                 | 33 |
| 2.2. Antecedentes Generales de la atención de la salud en México                        | 35 |
| <b>Capítulo 3</b>   |    |
| Identificación del Problema Asociado a Salud Reproductiva                               | 42 |
| 3.1. Niveles de fecundidad  | 43 |
| 3.1.1. Determinantes para una política de población de control de la fecundidad         | 43 |
| 3.1.2. Una política pronatalista en México  | 49 |
| 3.1.3. Avances de la reducción de la tasa de fecundidad                                 | 51 |
| 3.2. Mortalidad materna   | 55 |
| 3.2.1. Definición de Muerte Materna   | 55 |
| 3.2.2. Principales Causas de Mortalidad Materna   | 56 |
| 3.3. Anticonceptivos: distribución, acceso y demanda insatisfecha                       | 65 |
| 3.3.1. Cobertura y Demanda Insatisfecha de Anticonceptivos                              | 67 |
| 3.3.2. Imposición de Anticonceptivos por parte de los Prestadores de Servicio           | 69 |
| 3.4. Embarazo adolescente   | 73 |
| 3.4.1. Causas del Embarazo Adolescente  | 74 |
| 3.4.2. Consecuencias del Embarazo Adolescente   | 78 |
| 3.5. Infecciones de transmisión sexual  | 80 |
| 3.6. VIH-Sida   | 84 |
| 3.7. Problemas Derivados de la Inequidad de Género                                      | 85 |
| <b>Capítulo 4</b>   |    |
| Orígenes y Antecedentes en el Diseño de la Política de Planificación Familiar en México | 90 |

|   |  |            |
|---|--|------------|
| 4.1.  | <b>Orígenes de la planificación familiar</b>   | <b>90</b>  |
| 4.1.1.  | Concepto de planificación familiar   | 90         |
| 4.1.2.  | Los programas de planificación familiar en México. Antecedentes  | 91         |
| 4.1.3.  | Marco General de la Política de Población en Materia de<br>Planificación Familiar en México                          | 98         |
| 4.1.4.  | Aspectos de la Práctica Anticonceptiva en México   | 101        |
| 4.1.5.  | Breve Descripción de los Métodos Anticonceptivos   | 106        |
| 4.2.  | <b>Antecedentes de la Atención de Salud Materno-Infantil</b>   | <b>108</b> |
| <br>  |  |            |
| <b>Capítulo 5</b>   |  |            |
| <b>Contexto y Surgimiento del Concepto de Salud Reproductiva</b>  |  | <b>111</b> |
| 5.1.  | <b>Antecedentes y Fuentes para el Surgimiento de los Derechos Reproductivos</b>                                      | <b>111</b> |
| 5.1.1.  | Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos  | 112        |
| 5.2.  | <b>Surgimiento de la Salud Reproductiva</b>  | <b>115</b> |
| 5.2.1.  | La Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994)   | 117        |
| 5.2.1.1.  | Definición de Salud Reproductiva   | 118        |
| 5.2.1.2.  | Concepto de Derechos Reproductivos   | 119        |
| 5.2.2.  | La Conferencia Internacional sobre la Mujer de Beijing, China (1995)   | 122        |
| 5.2.3.  | Democracia y Perspectiva de Género   | 124        |
| 5.2.4.  | Presupuestos con un Enfoque de Género  | 125        |
| 5.2.5.  | Derechos Reproductivos en México   | 126        |
| <br>  |  |            |
| <b>Capítulo 6</b>   |  |            |
| <b>Implementación de las Políticas para la Atención de los Servicios Públicos<br/>en Salud Reproductiva (1995-2004)</b> |  | <b>128</b> |
| 6.1.  | Primera incorporación de los componentes de la Salud Reproductiva en los<br>Programas de Salud en México (1995-2000) | 128        |
| 6.1.1.  | Programa del Sector Salud 1995-2000  | 129        |
| 6.1.2.  | El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000   | 131        |
| 6.1.2.1.  | <b>Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud</b>   | <b>139</b> |
| 6.2.  | Las Políticas de Salud Reproductiva en la Actualidad: 2000-2004  | 140        |
| 6.2.1.  | Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006  | 141        |
| 6.2.2.  | Programa Nacional de Población 2000-2006   | 144        |
| 6.2.2.1.  | <b>La planificación familiar</b>   | <b>146</b> |
| 6.2.2.2.  | <b>Los varones en la planificación familiar</b>  | <b>146</b> |
| 6.2.2.3.  | <b>El aborto</b>   | <b>147</b> |
| 6.2.2.4.  | <b>La salud reproductiva</b>   | <b>147</b> |
| 6.2.2.5.  | <b>Los jóvenes y la salud sexual y reproductiva</b>  | <b>149</b> |
| 6.2.2.6.  | <b>Seguimiento de la ejecución en México del Programa de Acción de<br/>la (CIPD)</b>                                 | <b>150</b> |
| 6.2.3.  | Programa Nacional de Salud 2000-2006   | 151        |
| 6.2.4.  | Programa de Acción: Mujer y Salud (PROMASA)  | 155        |
| 6.2.4.1.  | <b>El Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva</b>   | <b>158</b> |
| 6.2.5.  | Programa de Acción: Salud Reproductiva   | 160        |
| 6.2.6.  | Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida   | 164        |
| 6.2.7.  | Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)   | 167        |
| 6.2.8.  | Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de   |            |

|   |            |
|---|------------|
| los Servicios de Salud  | 168        |
| 6.2.9. Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y<br>No Discriminación contra la Mujeres 2001-2006 | 169        |
| 6.2.10. Programa de Acción del DIF  | 174        |
| <b>6.2.10.1. El Sistema Nacional de Asistencia Social</b>   | <b>174</b> |
| 6.2.11. Objetivos de Desarrollo del Milenio en México   | 176        |
| <b>6.2.11.1. Objetivo 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer</b>                         | <b>177</b> |
| <b>6.2.11.2. Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil</b>   | <b>178</b> |
| <b>6.2.11.3. Objetivo 5: Mejorar la salud materna</b>   | <b>178</b> |
| <b>6.2.11.4. Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades</b>                          | <b>179</b> |
| <br>  |            |
| <b>Capítulo 7</b>   |            |
| <b>Marco Jurídico Regulatorio de la Salud Reproductiva</b>  | <b>182</b> |
| 7.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos  | 182        |
| 7.2. Ley General de Población   | 183        |
| 7.3. Ley General de Salud   | 184        |
| 7.4. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal  | 186        |
| 7.5. Reglamento Interno de la Secretaría de Salud   | 187        |
| 7.6. Ley de Planeación  | 187        |
| 7.7. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes                                    | 188        |
| 7.8. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación   | 188        |
| 7.9. Ley del Instituto Nacional de las Mujeres  | 188        |
| 7.10. Normas Oficiales Mexicanas Relativas a Salud Reproductiva   | 189        |
| <br>  |            |
| <b>Capítulo 8</b>   |            |
| <b>Avances y Temas para la Agenda de la Política de Salud Reproductiva</b>                                    | <b>191</b> |
| <b>8.1. Participación de Organizaciones Internacionales en la Agenda de Salud Reproductiva</b>                | <b>191</b> |
| 8.1.1. Organización de las Naciones Unidas. Fondo de Población (UNFPA)  | 191        |
| 8.1.1.1. Resultados de la Encuesta Mundial realizada por el UNFPA   | 193        |
| 8.1.2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)   | 195        |
| 8.1.3. La Organización Mundial de la Salud  | 196        |
| <b>8.2. Desarrollo y Avances de la Política de Salud Reproductiva</b>   | <b>199</b> |
| 8.2.1. Esquemas de evaluación y mejoramiento de la Política de Salud Reproductiva                             | 199        |
| 8.2.2. Orientación-Consejería en Salud Reproductiva   | 208        |
| 8.2.3. Consentimiento informado en Salud Reproductiva   | 209        |
| 8.2.4. Sobre la Anticoncepción  | 210        |
| 8.2.5. Sobre el Aborto  | 213        |
| 8.2.6. Sobre el VIH/SIDA  | 216        |
| 8.2.7. Sobre los adolescentes   | 218        |
| 8.2.8. Sobre salud materna  | 221        |
| 8.2.9. Sobre Fecundidad y Planificación Familiar  | 225        |
| 8.2.10. Sobre la Perspectiva de Género  | 232        |
| 8.3. Avances para el Reconocimiento de los Derechos Reproductivos   | 236        |
| 8.4. Propuestas de las Organizaciones de la Sociedad Civil para la Política de Salud<br>Reproductiva          | 241        |
| <br>  |            |
| <b>Conclusiones</b>   | <b>248</b> |



|                        |            |
|------------------------|------------|
| Bibliografía           | <u>266</u> |
| Documentos Oficiales   | <u>272</u> |
| Referencias Periódicas | <u>278</u> |

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación sugiere que existe una nueva política pública de salud y de población entorno a la actividad reproductiva de las personas, proveniente de un esquema anterior basado en la planificación familiar que por lo demás, persiguió la disminución de un índice de fecundidad que llegó a niveles máximos históricos, y que funcionó a partir de la promoción y dotación de métodos para incidir en una mayor aceptación y utilización de la práctica anticonceptiva. Se afirma y se sostiene que esta nueva política es resultado de lo que aquí se llamará transición, por el hecho de que se utilizó un nuevo esquema de política pública que sustituyó a otro anterior clasificado como planificación familiar, y que se diseñó adoptando una visión nueva y progresista proveniente de una reconocida trayectoria internacional de defensa de los derechos humanos respecto a la autodeterminación de las personas acerca de su actividad sexual y reproductiva; este nuevo esquema se conoce como salud reproductiva y después de su consolidación formal e institucional en el mundo en una conferencia de carácter internacional, las políticas públicas sobre salud y población, así en México como en otros países, modificaron sus anteriores esquemas desarrollados dentro de la tradicional y en algunos casos coercitiva, planificación familiar, para incluir los ahora componentes de la dimensión holística de salud reproductiva. Este es el *quid* de la investigación. En este tenor, el trabajo tiene como objetivo analizar la administración de las políticas públicas para la atención de la salud reproductiva en México, argumentando la existencia de una transición que va de un enfoque basado en los programas de planificación familiar, hacia otro de un concepto holístico de salud reproductiva adoptado en México en los años noventa, como resultado de los compromisos suscritos por el gobierno mexicano en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo organizada por la Organización de las Naciones Unidas en la ciudad de El Cairo en el año de 1994, y en la que se reconocieron a nivel mundial los beneficios de la incorporación del enfoque de salud reproductiva y del reconocimiento de los derechos reproductivos -avalados por una trayectoria previa de promoción y difusión de distintos actores a nivel mundial- dentro de las políticas de población y de salud en los respectivos gobiernos. La investigación partió del asunto de la planificación familiar por relacionarse con la dimensión de la sexualidad y reproducción de las personas como una política para el establecimiento de bases, objetivos, metas y estrategias para reducir un determinado índice de fecundidad que se consideró alto frente a las expectativas de desarrollo. Se reconoce la amplia y documentada actividad en atención en salud

materno-infantil, si de antecedentes en salud reproductiva estamos hablando, sin embargo la publicación de la Ley General de Población demostró la prioridad para el gobierno mexicano acerca de iniciar políticas de reducción de los índices de natalidad y varios de los puntos que tienen que ver con reproducción y promoción de métodos anticonceptivos dentro del ejercicio de la sexualidad, nos indicaron la pauta por la cual iniciar el tema de investigación.

El trabajo inicia con la definición de las figuras de Estado, Gobierno, Administración Pública y Políticas Públicas; estos conceptos sustentan y definen las características de una sociedad organizada políticamente dentro de un marco legal que regula las actividades de ésta a través de la caracterización del gobierno y la división de poderes; la administración pública es el cuerpo de funciones y de servicio público que desarrolla y efectúa los programas mediante los cuáles se da cauce a las demandas de la población; y el enfoque de políticas públicas sirve como marco de referencia para la elaboración y el diseño de las acciones concretas de la función administrativa.

El capítulo segundo describe someramente los aspectos teóricos de la justificación para incorporar acciones encaminadas a atender y establecer la salud pública. Asimismo se exponen algunos datos y acciones particulares de los antecedentes de la atención de la salud en México, como un marco de referencia de la amplia actividad en esta materia a lo largo de la existencia del Estado mexicano.

Tomando como base que la salud reproductiva atiende un problema en concreto, el capítulo tercero expone algunos temas donde se han identificado rezagos y mayor incidencia de casos relativos a enfermedades relativas a la etapa reproductiva. Como éste trabajo sostiene un cambio iniciado en la postura del enfoque de planificación familiar y su incorporación posterior dentro del campo de la salud reproductiva, uno de los puntos que se desarrollan es el de los niveles de fecundidad, que ha visto su descenso con una política demográfica estimada como exitosa, pero que en alguna etapa alcanzó niveles históricos en la década de los setenta con una tasa promedio de 7.2 hijos por mujer. En este sentido se declara que a pesar de que es necesaria una política de reducción de la población, los aspectos como imposición de ciertos métodos anticonceptivos, atención carente de ética y cordialidad hacia los usuarios y/o usuarias, son temas que salva el enfoque de derechos reproductivos. Los índices de mortalidad materna han preocupado a la presente administración de ahí que su combate se haya establecido como prioritario dentro de la agenda de salud pública. Asimismo se indican datos sobre el índice de la demanda insatisfecha de anticonceptivos, pues no solo existe el problema de imponer anticonceptivos por parte de los centros de salud, sino igualmente existe la situación de las personas que desean expresamente

controlar su fecundidad pero que no cuentan con el acceso a estos métodos. Se ha identificado que los embarazos en mujeres adolescentes se suscitan por una falta importante de información acerca de la vida sexual y reproductiva, además de que biológicamente no son aptas para el embarazo; por ello se explican las nociones sobre lo que implica y los riesgos del embarazo en este sector de la población. A la par de esto, surgen las infecciones de transmisión sexual provocadas por la no utilización de preservativos; fundamentalmente el principal riesgo que se busca disminuir es la pandemia del VIH-SIDA, por todas las consecuencias en el aspecto social y cultural al que quedan expuestas las personas contagiadas, que en la mayoría de los casos según los datos, es por la vía sexual. Se explica también que los problemas citados, además de las causas de tipo biológico, se originan como resultado de un contexto donde predomina la inequidad de género y en el que las mujeres se encuentran en una situación de desventaja en su etapa sexual y de gestación frente al compañero varón.

El capítulo cuarto destaca los orígenes y antecedentes del desarrollo de lo que ha sido la política de planificación familiar en México, enfatizando la sobresaliente labor de organizaciones de la sociedad civil en su establecimiento a partir de finales de los años cincuenta y posteriormente hasta la actividad del Consejo Nacional de Población para el descenso exitoso de los índices de natalidad, así como exponiendo algunos datos sobre las características de los principales métodos anticonceptivos y las tendencias en su utilización por parte de la población en edad reproductiva; y de los antecedentes de la atención de la salud materno-infantil.

El capítulo cinco presenta el papel de los tratados internacionales para la promoción de los derechos humanos en sus diferentes vertientes, como referencia y fundamento del establecimiento del concepto amplio de salud reproductiva y derechos reproductivos, originado en la conferencia de población y desarrollo de El Cairo y posteriormente de la conferencia sobre la mujer de Beijing. Ambas conferencias se erigieron como los fundamentos para que los países, entre ellos México, asumieran el compromiso de incorporar estas visiones holísticas en el campo de sus políticas públicas en materia de reproducción y la defensa de sus derechos. Se sostiene que estos sucesos sirvieron como el parteaguas de un enfoque rígido de control natal y de otro en el que se promueven las ventajas y la elevación del sujeto como una persona con derecho de decisión y de libertad de su vida sexual y reproductiva, y en la que el gobierno mexicano ha diseñado una política de salud reproductiva para atender esta vertiente, que es el objeto de estudio de la investigación.

El sexto capítulo muestra y describe los diferentes programas de acción, emanados del Plan Nacional de Desarrollo, que especifica los retos, metas, objetivos y líneas estratégicas de los

diversos componentes en materia de salud reproductiva; se han indicado los pertenecientes a la Secretaría de Salud, por ser de carácter federal; del Programa Nacional de Población, como eje de la política de planificación familiar a lo largo de la historia y que actualmente vincula sus objetivos con los del sector salud; asimismo y de manera solamente de ejemplo, se exponen algunos que no pertenecen a la Secretaría de Salud, como el caso del PROEQUIDAD, por su relevancia en la incorporación del enfoque de género en todos los ámbitos de la administración pública y que es uno de los ejes del concepto de derechos reproductivos. Como parte de la hipótesis del trabajo, se demuestra que existen solo algunos mecanismos formalmente establecidos para la coordinación interinstitucional entre las instituciones encargada de realizar la atención en salud reproductiva en México.

El capítulo séptimo indica, a manera de exposición, las diferentes leyes que de alguna manera regulan la actividad gubernamental en salud reproductiva, así como las fundamentales normas oficiales que marcan las pautas en temas específicos de salud reproductiva.

Finalmente el capítulo octavo describe los avances que se han desarrollado en la política de salud reproductiva, comprobando que actualmente existe en todos y cada uno de los programas de acción la perspectiva y enfoque de salud reproductiva, tal y como se ha manifestado a partir de la década de los noventa con las conferencias internacionales, y que el gobierno de México asumió dichos compromisos con la puesta en marcha del primer programa de salud reproductiva y planificación familiar en el sexenio 1995-2000; asimismo se ejemplifica la influencia y participación de las organizaciones de la sociedad civil en la agenda de salud reproductiva.

La bibliografía que se ha utilizado para la presente investigación se basa en los documentos y artículos de especialistas en la materia y en los documentos oficiales que muestran la parte publiadministrativa del trabajo, con los diferentes planes y programas que constituyen la actual política de salud reproductiva.

En síntesis, la investigación no pretendió erigirse como un tratado de salud reproductiva o de política pública; sencillamente pretende demostrar, con base en la bibliografía de estudiosos en la materia y de los documentos oficiales, la incorporación de los componentes de la llamada salud reproductiva a partir del sexenio 1995-2000 y su continuación bajo otro esquema de distribución de funciones y responsabilidades que se marcaron desde los planes nacionales de desarrollo, transitando a través de distintos subprogramas y de programas sectoriales; dicho sea de paso la trayectoria en derechos reproductivos se ha venido gestando desde varios años atrás previa a la conferencia de El Cairo de 1994 que le dio su reconocimiento formal y que se vio reflejada una vez

que el gobierno decidió incluir en la agenda la promoción y defensa de la salud reproductiva como estrategia para resolver problemas de salud pública relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, en esta caso, particularmente de las mujeres dentro de la marcada inequidad de género.

## Capítulo 1

# Marco Conceptual del Estado, Gobierno y Administración Pública

### 1.1. El Estado

El Estado se entiende a través de las relaciones sociales y políticas producidas en un espacio territorial concreto y a lo largo de un tiempo definido que se constituye en una organización política y a la vez es la sociedad política organizada que se traduce en la representación de una voluntad colectiva como una unidad de decisión y acción en un lugar y tiempos definidos denominada soberanía, es decir, la capacidad de autodefinir su vida organizada y jurídica que se traduce en cooperación social que se sostiene para dar estabilidad a la convivencia en el derecho; lo que distingue a un Estado de otro es su historia, misma que explica la forma de gobierno, la cultura, la identidad y las aspiraciones comunes de tal suerte que el Estado y elites tanto políticas como económicas, se autoconstruyen, se autodesarrollan con realidad y lógicas propias. Aristóteles no hablaba de Estado tal y como lo conocemos actualmente, en realidad el describió una forma o estructura como resultado de un pacto o acuerdo entre los hombres en un cuerpo constituido por diversas partes al igual que un organismo natural. La teoría organicista se fundamenta en la analogía de que el Estado puede compararse a un organismo vivo compuesto de órganos, aparatos o piezas que forman un todo: "Si pues todas las comunidades humanas apuntan a algún bien, es manifiesto que al bien mayor entre todos habrá de estar enderezada la comunidad suprema entre todas y que comprende a todas las demás; ahora bien, ésta es la comunidad política a la que llamamos ciudad".<sup>1</sup> Entendía que la ciudad era un ente que por sí mismo existía y que el individuo se situaba en una etapa posterior a su formación: "Es pues manifiesto que la ciudad es por naturaleza anterior al individuo, pues si el individuo no puede de por sí bastarse a sí mismo, deberá estar con el todo político en la misma relación que las otras partes lo están con su respectivo todo".<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Aristóteles, **La Política**. México. Editorial Porrúa, 1992. p. 157

<sup>2</sup> Aristóteles, *Ibid*, p.159

Esta idea prevaleció hasta la Edad Media enriquecida por el pensamiento escolástico<sup>3</sup> que manifestaba en los escritos políticos la lucha por el poder entre el Papado y el Sacro Imperio Romano. Santo Tomás de Aquino defendió el papel de la Iglesia así como la unión entre ciencia y religión, característicos en toda la Edad Media hasta su conclusión a partir del siglo XIV dentro del Renacimiento donde lo fundamental fue la oposición entre fe y razón. Posteriormente el sistema feudal vino en decadencia afectando la relación entre la estructura que detentaba el poder y la sociedad, lo que llevó a su separación, pues a partir de entonces la creación del Estado sirvió para reproducir las condiciones y relaciones de producción sociales, ocasionando el divorcio del hombre como ser social y político. En este sentido, "la concepción de la política como ciencia del Estado conlleva a deducir que el Estado es una categoría diferente de las demás asociaciones de individuos. Lo anterior se basa en la ideología del propio Estado nacida en la Edad Media tardía y sustenta el surgimiento de las monarquías absolutas".<sup>4</sup> La época de Nicolás Maquiavelo está enmarcada por "la resurrección del absolutismo papal a mediados del siglo XV, {que fue} asombrosamente rápida dada la degradación que el oficio papal había sufrido durante más de un siglo, y tuvo su paralelo en un tremendo desarrollo del poder monárquico en casi toda la Europa occidental".<sup>5</sup> Era una etapa caracterizada por el establecimiento de Repúblicas donde era necesario desaparecer ideas religiosas que se combinaban con el desarrollo político. Nicolás Maquiavelo realizó su contribución a la teoría del poder indicando que los príncipes tienen necesidades así como tener cualidades para la conservación de su principado. Como si fuera una especie de manual, El Príncipe nos enseña los métodos para el arte de gobernar. Su enseñanza se traduce en que el propósito último no es el poder sino la conservación del Estado y con ello de lo que puede hacer virtuosos a los hombres. El desarrollo de esta idea demostró que poder y bienestar van de la mano gracias a que se entiende que ofreciendo a los súbditos los elementos que le sirvan de sustento en su vida, será garantía de conservación del poder.

---

<sup>3</sup> La **Escolástica** es el ejercicio de la actividad racional (o en la práctica, el uso de una filosofía determinada, neoplatónica o aristotélica) con la finalidad de llegar a la verdad religiosa, demostrarla o aclararla en los límites de lo posible y dotarla de un arsenal defensivo contra la incredulidad y las herejías. Abbaganano, Nicola. **Diccionario de Filosofía**. México, Fondo de Cultura Económica, 1986, p.427.

<sup>4</sup> Carlos Ruíz Sánchez. **Las Políticas de Salud en el Estado Mexicano (1917-1997). Un análisis de la evolución de la Administración Pública de la salubridad en México**. (Tesis de Doctorado). México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México, 2001

<sup>5</sup> George Sabine. **Historia de la Teoría Política**. México, Ed. Fondo de Cultura Económica, p.249



La gestación de lo que hoy conocemos como Estado moderno tuvo sus inicios a partir de que el feudalismo cayó para convertirse en un sistema donde las relaciones económicas iban a prevalecer como forma de vida auspiciadas por el surgimiento de la burguesía, proveniente de un grupo social establecido en los burgos que forjaron su ascenso gracias a su éxito en el trabajo de producción y comercio individual. Como lo apunta Jesús Reyes Heróles, "la nueva clase surgía del lucro, la patrística medieval lo condenaba; sin la admisión del lucro como actividad lícita la burguesía jamás podría desenvolverse. Y vino la Reforma a crear el ' Evangelio de la riqueza ' y el lucro fue admitido universalmente como fin lícito de la actividad humana".<sup>6</sup> El Estado es producto de las relaciones sociales y políticas producidas en un espacio territorial concreto, y en aquella etapa surgió el absolutismo que se caracterizó por el dominio total de la monarquía y de la consolidación del Imperio en los países de Europa, principalmente en Alemania. La política permanece ideológicamente en la dependencia de la religión cristiana por lo que los conflictos se mezclaban con las cuestiones religiosas y políticas. A manera de encontrar los mecanismos para la preservación del Estado, dentro del absolutismo se fundaron las Ciencias Camerales, que fueron ciencias del Estado orientadas al estudio del aspecto administrativo a través del desarrollo disciplinario de los encargados de las cuestiones administrativas. Cada una de ellas tenía su materia y función, sin embargo la más sobresaliente de ellas fue la Ciencia de la policía que se entiende como la Administración Pública en nuestros días y su objeto de acción en términos generales era la potenciación del individuo mediante el cuidado y atención de lo necesario para su desarrollo. Al respecto: "Politeia se latiniza como politia y de ella nace la policía. El significado de policía se va decantando con mayor precisión entre los siglos XVI y XVII "...si bien es cierto que la policía se estaba definiendo ya no como un régimen del Estado, sino como una forma peculiar de su comportamiento. Esta concepción, que comenzó en el siglo XVI, en su etapa primitiva de retórica a partir del siglo XVIII se convirtió en una ciencia: la ciencia de la policía".<sup>7</sup> Junto con la idea de conservación del Estado, se transita y se enriquece con la idea de un Estado que contiene características propias que lo van determinando, pero sobre todo con la peculiaridad de tener para sí mismo y en forma exclusiva el ejercicio legítimo de dominación sobre una de sus partes: el

---

<sup>6</sup> Jesús Reyes Heróles. **Tendencias Actuales del Estado**. México. Ed. Miguel Angel Porrúa. p.8

<sup>7</sup> Valentín H. Yáñez Campero. **La Administración Pública y el derecho a la protección de la salud en México**. México, INAP, 2000, p.8

individuo, pero con la acotación de utilizarla únicamente para preservar la voluntad colectiva y al mismo tiempo para su propia preservación.

### 1.1.1. Estado de Derecho

Posteriormente cuando el Estado absolutista cae debido a que resultaba peligroso para los intereses de la burguesía en desarrollo, las reglas del pacto social cambiaron y se convirtió en Estado de Derecho como contrapeso y sustituto del poder absolutista. En principio nació el Renacimiento que se caracterizaba por hacer notar todas las cualidades del hombre como tal, capaz de crearse a si mismo fuera de todo sustento divino; ahora el hombre es capaz de crear arte y en ese camino sistematizar sus ideas hasta convertirlas en ciencia. Arquitectura, astronomía, ingeniería, medicina son algunos de los campos que empezó a explotar el hombre con la utilización de un método. Encontró que el Estado también es algo creado e inventado que se puede controlar y manejar con un conjunto de reglas que se estudian. Así surge la noción de Razón de Estado que se puede entender como aquel dominio eficaz que el propio Estado invoca para garantizar su propia sobrevivencia; él mismo se reserva el derecho de decidir quienes son sus aliados, sus adversarios y sus enemigos, por lo que tiene fuerzas defensivas y ofensivas para protegerse mejor. Esto conlleva a que el Estado Moderno surge cuando termina el feudalismo y con ello cobra sentido la existencia de la Razón de Estado; lo que caracterizará al Estado es un nuevo contenido político con nuevas relaciones de poder, una fuerza organizada, un "Imperium" para gobernar a hombres y clases sociales: "Es la razón de Estado, la clave que permite que el Estado como centro de poder con autodeterminación y autonomía, transite por los caminos que amplían sus fuerzas y capacidades. Le señala asimismo, cómo proceder frente a los adversarios y cómo gobernar para acrecentar su carácter regio. Con la razón de Estado, la dominación política atiende a la conservación de su poder".<sup>8</sup> Esta idea de racionalismo que valora al hombre como concepto da origen a los Derechos Naturales del hombre que significa que por el simple hecho de haber nacido éste se encuentra en correlación a la naturaleza. Esta fase se le conoce como iusnaturalismo. Lo esencial del Estado de Derecho, como base para el desarrollo del capitalismo, es la de limitar el poder estatal y garantizar el derecho del individuo sobre todo en lo que concierne a la propiedad y a la libertad, ambos por encima del Estado. Por lo que Estado de Derecho se entiende a un conjunto de elementos

---

<sup>8</sup> Ricardo Uvalle Berrones. **La Teoría de la Razón de Estado y la Administración Pública**. México. Plaza y Valdés Editores, 1992, p. 32

indispensables para la formación del orden jurídico y político que tiene como fin garantizar los derechos de los ciudadanos sometiendo los poderes públicos y de los habitantes a la Constitución traducida en ley suprema que divide las funciones del Estado estableciéndolas en poderes separados. Sin embargo "las normas a que se somete el Estado deben tener por contenido mínimo los principios genéricos del Estado Moderno; el derecho por medio del cual el Estado se auto-limita tiene que consignar los Derechos del Individuo, la Soberanía Popular, la Representación Política y la División de Poderes, o sea la clásica parte dogmática y orgánica de los textos constitucionales demoliberales".<sup>9</sup> La Democracia moderna, que es la que predomina en la mayoría de los Estados, se entiende como el resultante del liberalismo político, por cuanto se constituye la fórmula conciliatoria entre el liberalismo individual y la coacción social. El liberalismo político es la respuesta al contrato social, en cuanto al cómo encontrar una fórmula social en la que cada uno, aún uniéndose a los demás, se obedezca a sí mismo y mantenga su libertad anterior. La democracia significa que la voluntad representada en el orden legal del Estado es idéntica a las voluntades de los súbditos. Sin embargo y si por una parte todos sin excepción están sometidos a la voluntad y poder del Estado, por otra no son todos los que participan en la confección de esa voluntad, sino aquellos que gozan de capacidad civil y que de hecho constituyen una minoría dentro de la población total sometida al Estado. Pero aun dentro de esa mayoría no es posible obtener una adecuación integra entre el querer hacer de cada uno y el deber hacer de todos. A falta de unanimidad, la democracia admite como expresión de la voluntad general, la voluntad de la mayoría. El sufragio es la expresión de la voluntad individual en el ejercicio de los derechos políticos; la suma de votos revela, unánime o mayoritariamente, la voluntad general. La democracia se justifica y se practica íntegramente en cuanto a que proporciona oportunidad igual a todos para externar libremente su voluntad. El pueblo decide como representantes suyos a los que han de gobernarlos. La participación por igual en la designación de los representantes es lo que caracteriza a la democracia representativa.

### 1.1.2. Estado Liberal

Más adelante en el devenir de la historia y como continuación del Estado de Derecho nace el Estado Liberal como extensión de los conceptos de derecho individual y de propiedad a partir del

---

<sup>9</sup> Reyes Heróles, Jesús, ob.cit., p.21

siglo XIX y se puede considerar como la etapa de la edad moderna. Lo que lo caracteriza son los triunfos de las revoluciones políticas destacándose la Inglesa, Francesa y Norteamericana donde se gestan las instituciones liberales. Pero la revolución política donde se crean las condiciones para que emerjan las ciencias administrativas es la francesa, pues ahí encontramos al Estado Moderno y a la sociedad liberal. En Francia la revolución reforma el modelo de Estado y se destruyen los privilegios estamentales creando un orden jurídico con igualdad para todos, que las leyes tuvieran una obligatoriedad general y que la fuerza del Estado estuviera regulada por formas institucionales como la división de poderes. Esta tipología trajo consigo que el individualismo y la propiedad fueran elevados de tal manera que toda justificación y disertación ideológica se encaminaba a ello. Una persona tenía la libertad de elegir su actividad siempre y cuando contara con los medios necesarios para hacerlo, pero se enfrentó con un elevado egoísmo en pro de la individualidad. Como lo apunta Reyes Heróles “la burguesía llevó sus afanes limitadores del Estado al extremo, su pretensión de obtener libertad absoluta en materia de economía, de utilidades en realidad, se vió consagrada cuando el Estado se encontró en la etapa de ‘laissez-faire’.”<sup>10</sup> Al respecto Rousseau dijo que “...el hombre pierde su libertad natural y el derecho ilimitado a todo cuanto desea y puede alcanzar, ganando en cambio la libertad civil y la propiedad de lo que posee.”<sup>11</sup> Esto se traducía a que el Estado ya no debería de intervenir en la vida social y lo que debería regular son las relaciones entre los individuos de acuerdo a la oferta y la demanda y el gobierno es el mejor cuando menos gobierna.

## 1.2. Gobierno

Aristóteles entendió al gobierno como la parte de la Ciudad-Estado encargada de realizar los actos de dominio, como lo es el todo sobre los individuos, para mantener el orden y el buen desarrollo de lo que se consideraba el bien supremo sobre los demás: “los términos de constitución y gobierno tienen la misma significación, y puesto que el gobierno es el supremo poder de la ciudad, de necesidad estará en uno, en pocos o en los más” {y cuando} “gobiernan para el bien público, tendremos necesariamente constituciones rectas, mientras que los gobiernos en interés particular

---

<sup>10</sup> Jesús Reyes Heróles, ob. cit., p.23

<sup>11</sup> Juan Jacobo Rousseau. **El Contrato Social. Principios de Derecho Político**. México, Editorial Porrúa, 1992, p. 12

de uno, de los pocos o de la multitud serán desviaciones".<sup>12</sup> La estructura de la fortaleza del Estado se expresa en su Constitución, como principio ordenador y normativo de la integridad nacional; como programa para la transformación de la sociedad a partir de una síntesis normativa y como instrumento para ordenar la representación democrática, las decisiones del poder nacional y la protección de los derechos de los ciudadanos y de los grupos sociales. Con esta representación legítima puede haber obediencia de la sociedad y para la vida del Estado. Ese ordenamiento y forma de llevar a cabo la voluntad general a través de las leyes, será precisamente la acción de gobierno. El *Gobierno* es una derivación del Estado, así como la Administración Pública. El gobierno de un Estado es el conjunto de poderes públicos, representado por órganos y titulares y organizado por el ordenamiento jurídico vigente que es, precisamente, la Constitución. El gobierno es la dirección general de las actividades de los ciudadanos en vista del bien público en todos sus aspectos para lo cual la Constitución es la figura más alta y de ella emanan una serie de leyes y reglamentos que regulan las actividades de la población. "Es esencialmente la acción por la cual la autoridad impone una línea de conducta, un precepto, a individuos humanos. Los gobernados son los habitantes del Estado, nacionales y extranjeros, que se encuentran en el territorio estatal".<sup>13</sup>

Omar Guerrero establece que el fundamento del carácter delegacional del poder legislativo en el Estado y del poder ejecutivo en la sociedad civil, es la división de Estado-Sociedad. En este aspecto nos interesa señalar que el poder ejecutivo es la delegación del Estado en la sociedad. La falacia del estudio de la Administración Pública es concebir al gobierno independiente de las clases ya que el gobierno es un instrumento de la represión. El gobierno forma parte del todo que es el régimen político.

### 1.3. Administración Pública

Comúnmente se explica la Administración Pública como la parte de los órganos del Estado que dependen directa o indirectamente del Poder Ejecutivo; tiene a su cargo toda la actividad estatal que no desarrollan los otros poderes, su acción es continua y permanente, siempre persigue el interés público, adopta una forma de organización jerarquizada y cuenta con: elementos personales;

---

<sup>12</sup> Aristóteles, ob.cit., p.204.

<sup>13</sup> Francisco Porrúa Pérez. **Teoría del Estado**. México, Ed. Porrúa, 1969

elementos patrimoniales; estructura jurídica y procedimientos técnicos. Sin embargo, la Administración Pública no es la única función del ejecutivo, pero la administración es exclusivamente su responsabilidad. En México, el Poder Ejecutivo es unipersonal y se deposita su ejercicio en el Presidente de la República quien es, al mismo tiempo, jefe de Estado, jefe de gobierno y jefe de la Administración Pública. Además de la función administrativa, el Poder Ejecutivo mexicano desarrolla funciones de gobierno y de Estado. La Administración Pública se identifica plenamente con el gobierno, de ahí su carácter y naturaleza política fundamentada en las relaciones entre el Estado y la sociedad de manera que mientras “el gobierno es la parte pasiva, la Administración Pública es la parte activa del Estado”.<sup>14</sup> Pero la definición no necesariamente guarda una connotación completamente jurídica sino que se puede ver como una institución que materializa, ejemplifica y refleja la esencia del Estado producto del Contrato Social. Por ello “La Administración Pública es el ente que organiza la presencia del Estado en la sociedad y mediante la ramificación de sus ministerios, Secretarías de Estado, organismos descentralizados, comisiones y fideicomisos, da un contenido político y administrativo al Estado político para diferenciarlo del carácter civil de la sociedad (...) la Administración Pública es la vida real del Estado, es la organización que contiene los embates de las luchas de clases(...) es la acción organizada e inmediata que el Estado utiliza para dominar(...) la función mediadora de la Administración Pública tiene como propósito fundamental la conservación del interés general.”<sup>15</sup> La Administración Pública goza de una trayectoria histórica como disciplina y su origen lo encontramos a partir del siglo XVIII con el nacimiento de las ciencias camerales que se convirtieron en una disciplina a favor del desarrollo del Estado; específicamente fue la ciencia de la policía la disciplina que cultivó las enseñanzas para las actividades desarrolladas por los estadistas y funcionarios públicos a favor del mantenimiento del poder estatal.

### 1.3.1. Las Ciencias Camerales

El Estado, el Gobierno y la Administración Pública se conjuntan para la conservación del poder así como de dotar de los elementos necesarios para el desarrollo de un territorio y de una población de individuos organizados mediante reglas sociales y políticas establecidas dentro de un

---

<sup>14</sup> José Juan Sánchez González. **Administración Pública y Reforma del Estado**. México, INAP, 1997, p.33

<sup>15</sup> Ricardo Uvalle Berrones. **El gobierno en acción: La formación del régimen presidencial de la Administración Pública**. México, Fondo de Cultura Económica, 1984, p.74

régimen determinado. El Estado es una ordenación política, jurídica y administrativa que tiene como finalidad la de preservar y conservar un poder que emana de la población que lo conforma; asimismo para que cumpla sus funciones, necesita de un cuerpo administrativo que ejecute y cumpla con las necesidades más elementales para el mantenimiento del orden y de su territorio, y esa es la función de la Administración Pública. Las fuentes para el estudio de la Administración Pública, tal y como la conocemos hoy en día, nos remiten al Estado absolutista alemán con las ciencias camerales, que sirven de guía para el origen de la función social del Estado. El cameralismo es un movimiento que se gestó principalmente en el Estado absolutista alemán y se denominan ciencias camerales en virtud de que se refieren a la Cámara, que es un "elevado colegio que el gobierno ha establecido para la dirección de las acciones administrativas encaminadas a la preservación, expansión y uso de los medios de la República".<sup>16</sup> Es importante señalar que las Ciencias Camerales se dividen en: economía, la policía y la cameralística o cameralia. "Son, dicho precisamente, ciencias administrativas del Estado absolutista (...) que 'enseña cómo usar estos medios sabiamente y para la promoción de la felicidad del Estado'"<sup>17</sup> ; pero además y como fin último, busca favorecer la dominación de la sociedad utilizando a la Policía; es decir, es una suerte de innovación y tecnificación administrativa para fomentar y garantizar la felicidad de los súbditos como herramienta para la preservación del poder. Su objeto de estudio, los procesos, técnicas, tecnologías y conocimientos, "no es de especulación y contemplación, sino algo aplicado; tiene como finalidad acrecentar los talentos y potencias gubernamentales para mejorar y perfeccionar a la sociedad y al Estado".<sup>18</sup> Federico El Grande fué uno de los monarcas que entendió el sentido del Estado de policía pues "se trata de una nueva teoría, en la cual el Estado es un fin es si mismo, pero a condición de que logre con antelación el bienestar de los súbditos".<sup>19</sup> En síntesis, es una disciplina que estudia la administración del patrimonio del Estado absolutista y que se desarrolla de tal forma que más adelante sería impartida como cátedra en los principales centros de estudio en el Estado Alemán. Los cultivadores del cameralismo fueron en su momento, como lo apunta Guerrero, los formadores de la teoría del Estado de Bienestar, pues los cameralistas propusieron a los soberanos "la idea que el aumento del poder del Estado, es posible por la vía del mejoramiento de las condiciones materiales de existencia de los súbditos. El Estado no puede prosperar si los

---

<sup>16</sup> Omar Guerrero Orozco. **Las Ciencias de la Administración en el Estado Absolutista.** México, Editorial Fontamara, 1986, p.20

<sup>17</sup> Omar Guerrero Orozco, ob.cit., p.19

<sup>18</sup> Ibidem, p.78

<sup>19</sup> Ibidem, p.71

súbditos no progresan en sus niveles de vida".<sup>20</sup> O lo que significa que el Estado, como un fin en sí mismo, solo puede perdurar si se promueve el bienestar de los súbditos.

Esta es precisamente la contribución más importante del Cameralismo y de la Ciencia de la Policía: el hecho de identificar que estableciendo mecanismos institucionalizados de servicios públicos como la prevención de enfermedades, la recolección de basura, el registro de nacimientos y defunciones, la atención de la salud, por solo citar algunos, son la fuente de la conservación del poder, es decir, el bienestar y felicidad de la población significa continuar con el orden, la paz, la supervivencia de las instituciones políticas y la consolidación de la fuerza del Estado, tanto al interior como al exterior. Así pues, encontramos que la promoción de la salud elevado a rango constitucional en México, proviene de dicha idea y concepción de garantizar a los ciudadanos la atención, como un derecho, de los servicios de salud como garante de la estabilidad y consolidación de la gobernabilidad. No se debe olvidar que en esa época se consideraba, como un factor para la consolidación de la grandeza del Estado, la promoción de la fecundidad pues "la admiración por las virtudes de una población en crecimiento, y un intenso deseo por aumentar el número de personas de un país, marcan los puntos de vista políticos y económicos de fines del siglo XVII y la mayor parte del XVIII".<sup>21</sup> Asimismo se consideraba que teniendo una población grande era sinónimo de más ingresos para el monarca. Sin embargo la principal ciencia cameral que se desarrolló es la que se refiere a la Policey o Policía en su traducción al castellano que se define como: "...un complejo conjunto de acciones, técnicas y procesos preventivos, estimulantes, correctivos, organizativos y represivos, encaminados a fortalecer al Estado por la vía de la nutrición material, moral e intelectual de la sociedad civil. La policía actúa en la sociedad considerada en su más completa totalidad, ya sea para prevenir males naturales o sociales que pongan en peligro su existencia, para fomentar su salud económica, para ordenar la conducta de los ciudadanos, para corregir las desviaciones en las costumbres de ellos o para erradicar las faltas menores que perturban su vida pacífica".<sup>22</sup> Con dicha definición se puede vislumbrar que la ciencia de la policía es el antecedente de la actual Administración Pública, aunque ella, en su momento, pertenecía a un contexto definido dentro del Estado absolutista, aunque su contribución es perfectamente clara de acuerdo a lo ya expuesto en

---

<sup>20</sup> Ibidem, p.11

<sup>21</sup> George Rosen. **De la policía médica a la medicina social**, México, Siglo Veintiuno Editores, 1985, p.138.

<sup>22</sup> Omar Guerrero Orozco. ob. cit., p. 215



este apartado. Sin embargo y cuando se diluye el absolutismo es remplazado por el Estado de Derecho y al mismo tiempo el término de policía ya no se utilizaría sino el de *administración*.

### 1.3.2. La Ciencia de la Administración

Junto con la aparición del Estado de Derecho la Ciencia de la Policía empieza a desaparecer bajo ese nombre y la Administración Pública inicia su recorrido por el cual tendrá diversas connotaciones según la etapa en que figure pues “los conceptos de administración y de público son distintos de acuerdo al papel social que se le reconoce al Estado y a las relaciones del Estado y la sociedad”.<sup>23</sup> El Estado Liberal de Derecho se caracterizó por reducir su presencia en pos del fortalecimiento de la soberanía y dejar hacer y dejar pasar de tal suerte que las relaciones económicas regularán por si solas a la sociedad. “La administración ejerce vicariamente las prerrogativas extraordinarias del Estado y su tamaño y función están limitadas a las funciones de soberanía”.<sup>24</sup> Pero la transición de la Policía a la Administración significó la presencia del concepto de “público” ad hoc con los cambios en el pensamiento y el crecimiento de los ideales republicanos y se le reconoce como actividad que coadyuva al progreso del ser humano. El promotor de la ciencia de la administración en dicha etapa fue Charles-Jean Bonin quien a partir de 1812 estableció que “la ciencia de la Administración Pública es la ciencia del interés general y que mira al interés público continuamente renovado. El interés público es más que el conjunto de los intereses particulares, consiste en el lazo que une a los individuos en la sociedad”.<sup>25</sup> Si con los cameralistas se concebía que el bienestar de la población en sus aspectos más esenciales para el desarrollo de la vida humana era igual al bienestar y fortaleza del Estado, con la ciencia de la administración de Bonin del siglo XIX el estudio del Estado ya no era el único objeto para el desarrollo de las capacidades de todo el sistema social, sino ahora el individuo sería conservado a partir del buen desarrollo de la sociedad como conjunto y la administración sería el garante de ella. La salud pública se entiende pues como asunto que debe atender el Estado según los criterios del interés general y con una Administración Pública que ejecute la satisfacción de las demandas como “una

---

<sup>23</sup> Rafael Bañón. “Los enfoques para el estudio de la Administración Pública: orígenes y tendencias actuales”, en **La Nueva Administración Pública**. España, Alianza Editorial, 1997, p.33

<sup>24</sup> *ibid.*, p.34

<sup>25</sup> Omar Guerrero Orozco. **Teoría administrativa del Estado**. México, Editorial Oxford, 2000, p.27

potencia que arregla, corrige y mejora todo cuanto existe, y da una dirección más conveniente a los seres organizados y a las cosas". (Bonin) Esta es la contribución de la Administración Pública como ciencia, en la atención de los asuntos del interés general, y se consolida en esta etapa, como continuación de lo ya descrito acerca de la ciencia de la policía. Se consolida con las contribuciones de Lorenzo Von Stein, quien fue alumno de Bonin y quien describe que el estudio de la sociedad debe ser distinto al estudio del Estado, pues el individuo busca de manera irrefrenable poseer y usar bienes materiales, pero al ser este limitado en sus capacidades para conseguirlo, su satisfacción como individuo "reside en la pluralidad, ya que la suma de los seres humanos es lo que crea la fuerza colectiva necesaria para alcanzar el propósito anhelado por el hombre individual".<sup>26</sup> Lo que interesa a la colectividad en conjunto se encuentra por encima del individuo y ella autodetermina sus objetivos y su voluntad. "Cuando disminuyen los bienes materiales y espirituales de los súbditos, el Estado se encuentra en una etapa de decadencia. Cuanto menos poder tienen los súbditos, menos poder tiene el Estado; cuanto más progresan ellos, más progresa el Estado".<sup>27</sup> A modo de conclusión, Omar Guerrero establece que: "...el bienestar social no sólo es el objeto existencial de la Administración Pública, sino la fuente de su legitimidad científica y una herencia que, a pesar del liberalismo del Estado de derecho, fue recuperada por el Estado social de derecho como un proyecto central. Esto no debemos olvidarlo, porque esa legitimidad científica de la Administración Pública y ese bienestar social que es su objeto vital han sido históricamente cuestionados por todos los liberalismos, lo mismo que el Estado social de derecho".<sup>28</sup>

## 1.4. Las Políticas Públicas

### 1.4.1. Definición y surgimiento

Las definiciones de políticas (policies) han variado a lo largo del tiempo pero la constante ha sido que se han utilizado para gobernar, sin embargo es evidente que su nacimiento se originó en los Estados Unidos de Norteamérica como parte de un desarrollo intelectual encaminado a sustentar ideológicamente el apoyo a los países desfavorecidos por el conflicto de la guerra

---

<sup>26</sup> *ibid*, p. 113

<sup>27</sup> *ibid.*, p. 115

<sup>28</sup> *ibid*, p.20

mundial. Como apunta Ruíz Sánchez: "Al finalizar la Segunda Guerra Mundial (1945), los científicos sociales norteamericanos se interesaron en el tema del 'bienestar social' de los países que más habían sufrido con la conflagración, como un mecanismo de sustentamiento a la hegemonía 'del vencedor', además de consolidar la legitimación del gobierno hacia el interior. En este contexto surge el término de public policy".<sup>29</sup> La primera interrogante acerca de las políticas públicas y de la cual se han elaborado varios análisis, es el correspondiente a su raíz etimológica: "Politics es el objeto de la Ciencia Política y Policy de la Ciencia de las Políticas. Por tanto, cuando en español escribimos Política, como traducción del inglés, a qué nos referimos: ¿a Politics o Policy?"<sup>30</sup> Sin embargo existe la opinión de especialistas como el caso de Omar Guerrero, quien establece que "*no existe una diferencia real entre lo que se llama 'política pública' y las simplemente 'políticas', que tradicionalmente han existido*". La política pública es una actividad de gobierno que se "encamina a estimular la colaboración social o inhibir el conflicto".<sup>31</sup> Sin embargo lo esencial del término es que se refiere a la actividad de la Administración Pública para la satisfacción de las demandas ciudadanas. Como hemos establecido anteriormente, la Administración Pública es el medio por el cual el Estado se relaciona con la sociedad bajo un argumento legalmente establecido. Las acciones de los gobiernos deben mantener una base institucional para conformar un marco formal que les permita elaborar soluciones a los problemas que se consideran públicos. De esta manera una primera aproximación es la que indica que "las acciones y omisiones del Estado provocan consecuencias en la sociedad. Pueden resolver, disminuir, aumentar o no afectar al problema que les dio origen. Para saberlo y retroalimentar el proceso decisorio es necesario evaluar los efectos provocados, planeados o no".<sup>32</sup> Asimismo cualquier demanda no es elevada dentro de la agenda de gobierno, por el contrario se deben considerar varios factores para que la Administración Pública considere su intervención. Por eso es importante el marco de las políticas públicas para definir los problemas públicos. Las políticas públicas "son el conjunto de objetos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los

---

<sup>29</sup> Carlos Ruíz Sánchez. ob. cit., p.56

<sup>30</sup> Omar Guerrero Orozco. "Políticas Públicas: Interrogantes", en **Revista de Administración Pública No.84-Políticas Públicas**. México, INAP, 1993, p.85

<sup>31</sup> ibid, p.84

<sup>32</sup> Myriam Cardozo Brum. "La Evaluación de las Políticas Públicas: problemas, metodologías, aportes y limitaciones", en **Revista de Administración Pública No.84. Políticas Públicas**. México, INAP, 1993, p.167

ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios".<sup>33</sup> Según las definiciones retomadas por Ruíz Sánchez, "las políticas (policies) son instrumentos del gobierno que se elaboran para reconciliar demandas a problemas sociales conflictivos, que intentan estimular la participación comunitaria en la solución de ellos, y que de esa manera legitiman y fortalecen al Estado, por medio del dominio y de la dirección que ejerce la Administración Pública".<sup>34</sup> Las políticas públicas son un conjunto de procedimientos perfectamente definidos para establecer y definir la agenda de gobierno y su posterior implementación y evaluación. Por eso "la noción de *policy process* es propiamente un dispositivo analítico, intelectualmente construido, para fines de modelación, ordenamiento, explicación y prescripción de una política. Como tal pertenece al orden lógico más que al cronológico, por lo que no entiende ser la representación descriptiva de una secuencia de tiempos y sucesos que efectivamente suceden uno tras otro".<sup>35</sup> Para ello considera las siguientes fases para el proceso de las políticas públicas:

- ✓ identificación y definición del problema
- ✓ formulación de las alternativas de solución
- ✓ adopción de una alternativa
- ✓ implantación de la alternativa seleccionada
- ✓ evaluación de los resultados-objetivos<sup>36</sup>

#### 1.4.2. La definición de los problemas públicos

En primer lugar es necesario crear un mecanismo para establecer cuál y qué tipo de problema se debe de identificar para partir de ello e iniciar el procedimiento de elaboración de soluciones. A este paso se le denomina definición del problema y "es una cuestión política, decidir a quien se tiene en cuenta y hasta qué punto. El apoyo para la decisión sobre la definición del problema se resuelve con herramientas políticas –consultas, reuniones, intercambios de información, negociaciones-, y posteriormente con técnicas instrumentales –fijación de las fronteras

---

<sup>33</sup> Manuel Tamayo Sáenz. "El análisis de las políticas públicas", en **La Nueva Administración Públicas**, España, Alianza Editorial, 1997, p.281

<sup>34</sup> Carlos Ruíz Sánchez. ob. cit., p.45

<sup>35</sup> Luis Fernando Aguilar Villanueva. "Estudio Introdutorio", en **Problemas públicos y agenda de gobierno**. México, Editorial Miguel Angel Porrúa-Grupo Editorial, 2000, p.p.15-76

<sup>36</sup> Manuel Tamayo Sáenz. ob. cit., p.281

del problema, cuantificación del número de afectados, comprensión de sus posibles ramificaciones y evaluación de la gravedad e intensidad del problema".<sup>37</sup> La definición del problema debe considerar un consenso entre los actores sociales y políticos relacionados con el ámbito de la demanda. Aunque existan agrupaciones sociales formal o informalmente organizadas promoviendo la solución de algún problema, el Estado se reserva el derecho de definir si lo atiende o no, si existen los consensos necesarios o los recursos públicos para crear un medio administrativo ya que "el sistema político advierte que un problema exige un tratamiento y lo incluye en la agenda de una autoridad pública".<sup>38</sup> Los problemas públicos "son cuestiones, conflictos o necesidades que conciernen y preocupan a los ciudadanos y que ellos con independencia del gobierno o en comunicación con él consideran asuntos generales de estado y, en consecuencia, asuntos de gobierno".<sup>39</sup> Los problemas públicos pueden ser considerados de alta prioridad por el conjunto de la población como resultado de las consecuencias que origina pero aún así no entran dentro de las prioridades del gobierno y de la administración en turno; por otra lado tenemos a los problemas público que producto de una lucha de intereses, de estudios y análisis se inserta dentro de la agenda de gobierno; Por lo que la definición de los problemas públicos "se entienden los procesos mediante los cuales una cuestión (problema, oportunidad, tendencia), ya aprobada y colocada en la agenda de la política pública, es estudiada, explorada, organizada y posiblemente cuantificada por los interesados, quienes no raramente actúan en el marco de una definición de autoridad, aceptable provisionalmente en términos de sus probables causas, componentes y consecuencias".<sup>40</sup>

### 1.4.3. El diseño de la agenda

Cuando se determinan las características del problema y se evalúa la necesidad de atenderlo, se considera entonces que se debe incluir dentro de la agenda pública de gobierno pues se "constituye un referente obligado para establecer qué forma y qué contenido deberán reunir o reúnen de hecho los asuntos que están en la fase previa a una toma de decisiones y formulación".<sup>41</sup>

---

<sup>37</sup> *ibid*, p.266

<sup>38</sup> Meny, Ives y Thoenig, Jean-Claude. **Las Políticas Públicas**. España, Ariel Ciencia Política, 1992 p.105

<sup>39</sup> Luis Fernando Aguilar Villanueva, *ob. cit.* P. 31

<sup>40</sup> *ibid* p. 52

Al conjunto de problemas que preocupan a una sociedad en un momento determinado se le denomina agenda sistémica. De esa agenda, los decisores públicos extraen algunos y confeccionan la agenda institucional o agenda política. Esta agenda está compuesta por los problemas que los directivos públicos consideran prioritarios en un momento determinado. La inclusión de un problema en la agenda institucional es una condición necesaria pero no suficiente, para que un problema dé lugar a una política pública que intente solucionarlo.

#### 1.4.4. La formulación de las políticas públicas

Una vez que se identifica el problema y se acepta su capacidad social y legal de adoptarse dentro de la agenda de gobierno, el siguiente paso es establecer los procedimientos y recursos necesarios para construir las fases de solución. Este paso se le llama la formulación de las políticas públicas: "incluye: el establecimiento de las metas y objetivos a alcanzar, la detección y generación de los posibles caminos –alternativas- para llegar a los objetivos, la valoración y comparación de los impactos de esas vías alternativas y, finalmente, la selección de una opción o combinación de ellas".<sup>42</sup> Existen dos formas o tendencias por las cuales se conforma la formulación de las políticas públicas que son racionalismo e incrementalismo; el racionalismo: intenta sustituir la intuición, la opinión y la experiencia del decisor por un conjunto de técnicas y métodos precisos que le ayuden a encontrar no una decisión cualquiera, sino la mejor decisión. En última instancia propone sustituir un proceso de decisiones intuitivo por un proceso racional de adopción de decisiones.<sup>43</sup> El modelo incremental argumenta que las decisiones sobre las políticas son, ante todo, pragmáticas, no se basan en relaciones causales bien estudiadas, ni en cálculos exhaustivos de costes y beneficios, sino en el modo de las aproximaciones sucesivas y limitadas (...) el decisor sólo toma en consideración aquellas alternativas que difieren muy poco de las políticas que ya se llevan a cabo, rechazando las demás, y analiza sólo los aspectos en que la opción nueva y sus consecuencias difieren de la situación actual, obviando el resto.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> Pedro H. Moreno Salazar. "Exposición Crítica de los Enfoques Estadounidenses para el Análisis de las Políticas Públicas", en **Revista de Administración Pública. No. 84. Políticas Públicas**. México, INAP, 1993, p.13

<sup>42</sup> Manuel Tamayo Saenz. ob. cit., p.281

<sup>43</sup> *Ibidem*, p.293

<sup>44</sup> *idem*

#### 1.4.5. La fase de evaluación

Cuando se ha decidido incluir dentro de la agenda de gobierno alguna demanda ciudadana y se ha implementado, la política debe ser evaluada si ha cumplido con los objetivos y metas establecidos. De esta manera “la evaluación cumple la función política de ofrecer un mecanismo de justificación de las actuaciones ante los clientes/ciudadanos, incluso en los casos en que ésta constituye sólo una representación simbólica de la responsabilidad pública, sin consecuencias prácticas de tipo correctivo”.<sup>45</sup> La política pública implica la coordinación de varias fases que se deben cumplir una por una completando el círculo con la evaluación de la misma para recrear nuevas alternativas de acción. Pero la política pública se realiza dentro del contexto de la negociación entre grupos de interés antagónicos que buscan cumplir sus propios principios de acción. Con base en lo anterior Ruíz Sánchez propone, para delimitar el ámbito de una política (policy), el siguiente esquema:

1. será una decisión aplicada generalmente a la solución de problemas contingenciales
2. será enfocada a la situación más urgente de los problemas
3. no pretenderá resolver la totalidad de la problemática
4. será, por principio, temporal, mientras se aprecian los primeros resultados
5. estará diseñada para poder ser adecuada fácilmente al cambio de la circunstancias, si es necesario
6. deberá considerar preferentemente la participación social
7. procurará conseguir el consenso favorable de los grupos participantes
8. deberá ser congruente con las líneas generales de acción del gobierno
9. podrá formalizarse, en caso requerido, como una ley, un acuerdo, un decreto, un plan o un programa, en su totalidad o parcialmente.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> ibidem, p.307

<sup>46</sup> Carlos Ruíz Sánchez. ob. cit., p.73

## Capítulo 2

### Marco General de la Administración de la Salud en México

#### 2.1. Aspectos Doctrinarios de la Salud

El Estado es una creación para la garantía de la convivencia entre los hombres, en virtud de que una colectividad sin pesos ni contrapesos evitaría el desarrollo individual. Por eso se legitimó al Estado con el uso de la fuerza a través de las instituciones políticas. Una población que mantiene bajos niveles de bienestar origina cuestionamientos al sistema político, además de que no contribuye al desarrollo nacional. A este respecto se debe garantizar que los ciudadanos accedan y utilicen los servicios públicos. Por ello y como lo apunta Ruíz Sánchez: "...el dominio político se ejerce por el Estado a través de la prestación de servicios cuando establece los modelos de atención obligatorios en las instituciones." <sup>47</sup> El concepto de salud, de acuerdo a la definición aceptada de la Organización Mundial de la Salud, es *"un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de dolencias o de enfermedades, es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo socialmente importantísimo en todo el mundo"*. <sup>48</sup> Existe una gran diversidad de problemas de salud que aquejan a distintos sectores de la población; la ciencia médica ofrece la sistematización y el conocimiento para la adecuada aproximación a los problemas. Sin embargo los gobiernos no pueden hacer frente a todos los campos de estudio de manera equilibrada por lo que establece, a través de la agenda, lo que considera prioritario para elevar a rango de programa de gobierno. En este contexto, la salud reproductiva se ha considerado como prioritaria a partir de la década de los noventa, de tal manera que "el Estado como jerarquía política establece los términos del conocimiento médico 'oficial' por medio de los planes de estudio y de las normas educativas." <sup>49</sup> El capitalismo ha marcado las líneas de acción del modo de producción a partir del control y reproducción del capital, haciendo uso de la mano de obra por medio de la clase trabajadora. Es necesario recordar que en la revolución

---

<sup>47</sup> Carlos Ruíz Sánchez. ob. cit., p.233

<sup>48</sup> Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12.1

<sup>49</sup> Carlos Ruíz Sánchez. ob. cit., p.234



industrial, cuando se disparó el capitalismo, los obreros trabajaban en condiciones infrahumanas, de ahí que las enfermedades fueran recurrentes. El aumento de enfermedades de tipo infeccioso, desnutrición, muertes prematuras, accidentes de trabajo entre otros, ocasionaron efectos políticos que influyeron para el establecimiento de las mejoras y garantías de atención de las condiciones sociales y laborales entre las que destacaron: "el saneamiento de la vivienda, la disminución de la jornada de trabajo, el control del trabajo de niños y mujeres y la construcción de numerosos hospitales donde se estudió y cuidó mejor a los enfermos; también se preparó mejor a los médicos y personal de salud en general".<sup>50</sup> Por ello iniciaron los primeros movimientos sociales acerca de la necesidad de ofrecer garantías de atención de la salud de los trabajadores; posteriormente el Estado incorporó a la salud como un derecho irrefutable. "La consideración de la salud como un valor económico, político y de legitimación del Estado, es una de las características del modo de producción capitalista".<sup>51</sup> Derivado de lo anterior, "se reconocieron los factores no médicos que influían sobre la enfermedad y cuya prevención y tratamiento se debían realizar por medio de acciones distintas de las médicas; nació así, de manera formal, la salud pública (...) la demografía, la epidemiología, la ecología, la economía y la sociología".<sup>52</sup> Asimismo por las presiones sociales de los grupos obreros nació la seguridad social en Alemania en el año de 1883; particularmente en México, la Constitución de 1917 estableció en ese rango jurídico todas las disposiciones para la defensa de la seguridad social de los trabajadores. Actualmente los gobiernos han tomado los enfoques de: atención individual, salud pública y seguridad social. En la historia de la humanidad, los criterios para la prestación de los servicios de salud han presentado diferentes modalidades:

- a) Modalidad caritativa: las prestaciones se fundamentan en la voluntad de ayuda de carácter religiosos o filantrópico.
- b) Modalidad paternalista o benefactora para el bienestar: siguiendo la corriente racionalista, el Estado asume la función de prestar servicios a la población como dominio político y dirección administrativa.
- c) Modalidad de derecho: la aparición histórica del Estado de Derecho, que substituye a las monarquías, condiciona que la sociedad adquiera el derecho político y social

---

<sup>50</sup> Jesús Kumate, et al. **La salud en México: Testimonios 1988**. México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 1988. p.22

<sup>51</sup> Carlos Ruíz Sánchez. ob cit.,. p.236

<sup>52</sup> Jesús Kumate, et al. ob. cit., p.24

para ser atendido en sus necesidades sanitarias, sea por el Estado o por las instituciones privadas, bajo la regulación legal del Estado.<sup>53</sup>

### 2.1.1. Las ciencias camerales en la atención a la salud

La ciencia de la policía es la materia que mejor se enfoca a establecer los fundamentos para que el gobernante destine sus esfuerzos a la atención de la salud pública, pues “en el marco del cameralismo, la idea de policía es un concepto clave en relación con los problemas de la salud y de la enfermedad.”<sup>54</sup> Pues como lo establece Omar Guerrero: “la salud pública es una de las materias originales de la policía, junto con la provisión de alimentos, el abasto y mantenimientos, y las obras públicas”.<sup>55</sup> Los cameralistas encontraron que una buena forma de gobierno era la que mantenía buenos niveles de bienestar en la población identificando los asuntos que los afectaban directamente en su vida cotidiana, pues como lo establece Rosen “...el oficio de los gobernantes es ‘mediante buenas leyes, mantener, proteger, gobernar y controlar a sus súbditos (...) en lo tocante a su sustento y legítimas ganancias, su salud y su vida y también su prosperidad legal’<sup>56</sup> Definieron perfectamente los elementos que conformarían el poderío estatal al conocer su propio espacio de acción, pues entendían que “...la potenciación del territorio, la fundación de las ciudades, el ornato del campo y las ciudades, y la colonización del país, es inútil sin la acertada prevención de enfermedades y el decremento de la mortandad”.<sup>57</sup> Para ello se crearon cinco colegios u oficinas y uno de ellos es el que le corresponde la responsabilidad de protección a la salud de los súbditos, pues consideraban que el bienestar del Estado junto con la salud del pueblo se consolidaban con las buenas regulaciones sanitarias que significaba prosperidad. Los cameralistas estudiaron profundamente el tema del fortalecimiento de su Estado que detallaron perfectamente la materia de acción de cada uno de los elementos que lo conformaban para su fortaleza y proyección. De tal suerte que indicaron que el bienestar del hombre se relaciona con tres factores: la riqueza, la salud y el goce de los derechos. “Por esta razón la ciencia de la policía se ocupa de la población del Estado, de la creación de escuelas y universidades, de estimular a los súbditos para que trabajen, de las medidas estatales para preservar la salud del pueblo, la asistencia a los pobres, la promoción

---

<sup>53</sup> Carlos Ruíz Sánchez. ob. cit., p.p.263-265

<sup>54</sup> George Rosen. **De la policía médica a la medicina social**. México, Siglo Veintiuno Editores, 1985, p.142

<sup>55</sup> Omar Guerrero Orozco. **Ciencias de la Administración** .... México, 1986, p. 234

<sup>56</sup> George Rosen, ob cit , p.145

<sup>57</sup> Omar Guerrero. **Ciencias de la Administración** .... México, 1986, p.240

de la seguridad y la preservación de la belleza del país".<sup>58</sup> El Estado debe conservarse y desarrollarse bajo los fundamentos del bien de la colectividad; asimismo se encuentra conformado por sus piezas que le dan vida; en este sentido y para que un Estado siga su curso debe proporcionar las garantías de supervivencia para su población a la par de saber administrar el poder que no solo se reduce al ejercicio legítimo del uso de la fuerza, sino del desarrollo humano también. Por ello uno de los principales legados de la ciencia de la policía, en especial en los asuntos de atención a la salud de la población fue la de que "...administrar el poder significa que tanto la salud, la vivienda, la educación, el trabajo, la recreación y la cultura, entre otros temas fundamentales, son atendidos por el Estado, consiguiendo que sus habitantes tengan acceso a los beneficios comunes que el Estado postula".<sup>59</sup> Acerca del origen de la medicina, las aportaciones más destacadas fueron las provenientes de la escuela hipocrática que vinculó la enfermedad con el conocimiento separando la medicina de la magia y la religión; hasta posteriormente el nacimiento del concepto de salud pública en el siglo XVIII. Este concepto ha manifestado una transición importante de situarse dentro de aspectos curativos hasta el de salud pública que tiene la característica de atender a la población como colectividad dentro de un Estado formalmente organizado y en donde por derecho les corresponde la atención médica. De tal suerte que se ha evolucionado la salud dentro de los campos genéticos y biológicos a través de toda la administración en salud. Esta evolución ha considerado el contexto de cada etapa y aprovechado la experiencia para desarrollar la salud pública. De esta manera, "la salud está determinada por las condiciones económicas, sociales y culturales dominantes y, en esencia, es manifestación y resultado del trabajo humano, considerado éste como la actividad consciente del hombre sobre la naturaleza para obtener los medios que le permitan subsistir y ascender a niveles superiores de desarrollo".<sup>60</sup> Además destacan las características que describen actualmente a la salud y con las cuales se le entiende para su atención a nivel de lo público:

- 1) El proceso salud-enfermedad es un fenómeno social que se concreta en cada individuo.
- 2) Se debe manejar la salud en función de la enfermedad, tanto por sus características de interdependencia como porque se sabe más de la enfermedad a través de los análisis de la morbilidad, de mortalidad y de las expectativas de vida, así como a través de la práctica médica.

---

<sup>58</sup> *Ibidem*, p.153

<sup>59</sup> Valentín Yáñez Campero. *ob. cit.*, p.8

<sup>60</sup> Jesús Kumate, et al. *ob.cit*, p.19

- 3) La vinculación del proceso salud-enfermedad con el desarrollo obliga a saber más de los factores socioambientales, el trabajo, las contaminaciones del medio, la nutrición y la dinámica poblacional.<sup>61</sup>

Por lo tanto, la salud pública mantiene los niveles generales de bienestar de la población, así como de promover la investigación científica para el conocimiento y adecuado control de nuevas enfermedades que van surgiendo conforme se desarrollan los países. La salud, además de ser un derecho fundamental para los ciudadanos de cada Estado, mantiene una vigilancia por parte de la comunidad internacional que sigue y evalúa la administración de la salud de los países.

## 2.2. Antecedentes Generales de la Atención de la Salud en México

La prestación de los servicios de salud tiene una larga trayectoria que formalmente se documenta a partir de la llegada de los españoles, transitando por los períodos principales de la historia de México y paralelamente consiguiendo avances hasta llegar a la constitución de 1917, donde inicia la consolidación del sistema nacional de salud en el país. Durante la Nueva España la atención médica se “caracteriza por el interés del gobierno absolutista para prestar servicios preventivos y curativos a la población, tanto a los españoles como a los indios.”<sup>62</sup> De a poco la salud empezó a considerarse un aspecto importante de considerar dentro de las acciones de gobierno, sobre todo porque implicaba en el corto plazo problemas a nivel general de la población. Por ejemplo, en 1820, a través del Ayuntamiento de la Ciudad de México, se combatió la insalubridad a través de esquemas sencillos de saneamiento. En 1841 el gobierno creó el Consejo Superior de Salubridad, que se encargó de la vigilancia del ejercicio profesional de la medicina y del funcionamiento de las boticas ordenando las medidas necesarias en materia de salubridad pública; en 1872 el mismo Consejo incorporó las estadísticas médicas en el Distrito Federal, lo que constituyó el inicio de los estudios epidemiológicos en México; ya para el año de 1889 creó el primer Código Sanitario, aprobado en 1981 por el Congreso de la Unión. Ya no sólo eran esquemas básicos de saneamiento sino que al paso de las décadas, los distintos gobiernos formularon alternativas de vigilancia y control de la actividad médica, creando instituciones públicas formal y legalmente establecidas y con objetivos definidos. Cuando se promulgaron las Leyes de Reformas,

---

<sup>61</sup>ibid, p.20

<sup>62</sup> Carlos Ruíz Sánchez. ob. cit., p.240

las instituciones de salud tendrían una mayor vigilancia por parte del gobierno, en particular, las que no gozaban con reconocimiento oficial como lo eran los grupos católicos. En este tenor dentro del período de 1859-1861 "las órdenes religiosas que manejaban los establecimientos de salud dejaron de hacerlo, ya que el gobierno tomó las riendas de las prestaciones de esos campos".<sup>63</sup> Anteriormente el Consejo Superior de Salubridad no tenía las facultades legales para ofrecer los servicios de salud a lo largo de todo el país ya que la Constitución de 1857 no mencionó la salubridad pública. En este sentido la administración sanitaria "se dividía en los Códigos Sanitarios de 1891, de 1894 y de 1904, en administración federal y administración local".<sup>64</sup> Esto significaba un avance de la salud pública por el hecho de no dejar en manos no profesionales el ejercicio de la actividad médica, además de otorgarle un carácter laico. Sin embargo los eventos más relevantes del avance en salud pública en México se gestaron a partir de la promulgación de la Constitución de 1917 destacando la formación del Estado Social de Derecho que otorgó una respuesta adecuada a los tiempos y exigencias de aquel contexto prerrevolucionario de carencia de garantías a la clase trabajadora con el artículo 123 en el que dotaba de derecho y obligación de los patrones para destinar una cantidad al fondo para la atención de las enfermedades. Solo unos años después las instituciones van consolidando y delineando sus objetivos para la atención de la salud mediante los fundamentos de separación de poderes y de descentralización a través de la Federación, pues en 1926, en el Código Sanitario se especificó que la acción sanitaria federal compete: a) al presidente de la República, b) al Consejo de Salubridad General y c) a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Mas adelante y como lo señala puntualmente Ruiz Sánchez: *"En la década de los años 40, el desarrollo de la práctica médica se institucionaliza. Es la época en la que se crean la Secretaría de Salubridad y Asistencia –el 18 de octubre de 1943- como resultado de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública, creada en 1938 y el Departamento de Salubridad que existía desde 1917, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, órgano ejecutivo de la Ley del Seguro Social promulgada el 19 de enero de 1943, y que fue también una de las ideas constitucionales del 17. Los Hospitales General, Juárez y Morelos dependen de la SSA, y se orientan a la atención de toda la población. En esa época, la Secretaría de Salubridad y Asistencia se responsabiliza de 'la salud de todos los mexicanos'. El Instituto Mexicano del Seguro Social se crea para otorgar servicios de salud y de seguridad social a 'todos los trabajadores' considerados en el apartado A del artículo 123*

---

<sup>63</sup> ibid, p.258

<sup>64</sup> Miguel E. Bustamante, et al. **La Salud Pública en México 1959-1982**. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982. p. 39

*constitucional. Es la fase institucional de la medicina.*"<sup>65</sup> El ejercicio estatal de la protección, conservación y fomento de la salud en algún momento fue desarrollada por el Departamento de Salubridad y después por la Secretaría de Salubridad y Asistencia; pero a partir de 1943 es compartida " en el aspecto médico asistencial por las instituciones de seguridad social, y por otros organismos especializados como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)." <sup>66</sup> El 13 de marzo de 1973 se promulga en el Diario Oficial de la Federación el Código Sanitario "que actualizó las disposiciones legales básicas en virtud de que el anterior tenía 25 años de haberse puesto en vigor (1 de marzo de 1965). De singular trascendencia fue la formulación del Plan Nacional de Salud, que estableció entre sus principales objetivos el promover la coordinación de los recursos todos destinados a la atención de los problemas de salud, con el fin de evitar duplicidad de funciones, dispendio de esfuerzos y obtener un mayor rendimiento de los recursos humanos y materiales." <sup>67</sup> Las reformas al Código Sanitario en 1982, entre otras, incluyen la modificación de la composición del Consejo de Salubridad General con base en el reciente Sistema Nacional de Salud. De tal manera que se ha ido conformando un sistema de salud formado por la institucionalización de la salud pública, construcción de hospitales, los seguros de salud, el fomento a la investigación, la participación de agencias de salud voluntarias, y desarrollo tecnológico en pro de la industria farmacéutica, junto con los servicios privados de salud. A finales de los años setenta se fueron ampliando los trabajos para la ampliación de los servicios de salud destinados principalmente a las zonas marginadas como el Programa IMSS-COPLAMAR y el de Extensión de Cobertura de Áreas Urbanas Marginadas. Otro avance importante se dio en 1981 con la creación de la Coordinación de los Servicios de Salud; con el objetivo de promover iniciativas de ley. El Plan Nacional de Desarrollo de 1982 empezó a priorizar la atención en el campo de la salud y se estipularon los siguientes propósitos:

1. Tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país.
2. Mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados, dando una atención especial a los grupos más vulnerables.
3. Contribuir, con respeto íntegro a la voluntad de la pareja, a un crecimiento demográfico acorde con el desarrollo económico y social del país, y

---

<sup>65</sup> Carlos Ruiz Sánchez. ob cit., p.268

<sup>66</sup> Miguel E. Bustamante, et al. ob. cit., p.37

<sup>67</sup> Ibidem, p.290

4. Promover la protección social que permita fomentar el bienestar de la población de escasos recursos, especialmente los niños, ancianos y minusválidos. <sup>68</sup>

En 1983 se eleva a categoría constitucional el derecho a la protección de la salud para la población en general. Y en 1984 se promulga la Ley General de Salud. El 21 de enero de 1985 se cambia el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia por el que hoy conocemos como Secretaría de Salud. El 3 de junio de 1996 se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. "Las atribuciones de este organismo están dirigidas a la asesoría, investigación, conciliación, arbitraje, opinión y recomendación sobre las quejas y demandas de la población referentes a la atención médica, a la negativa de atención y a la calidad con la que se prestan los servicios". <sup>69</sup> Para 1996 se establece el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, firmado por el Secretario General de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) y el Secretario General del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud". <sup>70</sup> La conformación de lo que ahora conocemos como Sistema Nacional de Salud estableció directrices para una adecuada, oportuna y universal atención de la salud de la población y los principales mecanismos que ha utilizado para ello son:

- 1) garantice una mejoría cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud otorgados por los organismos que atienden a la población abierta y trate de reducir las diferencias que los separan de los ofrecidos a los derechohabientes de seguridad social;

- 2) refuerce la capacidad operativa y de gestión de los servicios de salud con la planeación global del país". <sup>71</sup>

Posteriormente y ante la alta demanda de la población abierta se han reforzando esos mecanismo y un ejemplo es el establecimiento del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, que establece "la obligatoriedad de la descentralización de los servicios de salud para la población sin acceso a la seguridad social, la cual implica un proceso jurídico, administrativo y técnico de transferencia gradual de facultades, programas y recursos a las entidades federativas, en materia de salud pública y atención médica, a través de esquemas jurídicos y operativos tendientes

---

<sup>68</sup> Presidencia de la República. **Plan Nacional de Desarrollo**. México, 1982-1988.

<sup>69</sup> Carlos Ruiz Sánchez. ob. cit., p.344

<sup>70</sup> Ibidem, p. 345

<sup>71</sup> Jesús Kumate, et al. ob. cit., p.62

al fortalecimiento de la capacidad resolutivas de los sistemas estatales de salud.<sup>72</sup> Evidentemente el objetivo fue el de conectar a los tres niveles de gobierno bajo un mismo objetivo general y dar cabida tanto a la atención del servicio público como del privado. Los principales programas de acción de la reforma del sector salud fueron:

- Promoción y fomento de la salud
- Salud infantil y escolar
- Salud reproductiva (planificación familiar, salud reproductiva en las y los adolescentes, salud de la madre y del recién nacido, disminución del riesgo preconcepcional, detección y control de cánceres cérvico-uterino y mamario y prevención y control de enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA).
- Salud de las poblaciones adulta y anciana.
- Otros programas de salud para la población general (salud mental, salud ambiental, accidentes y lesiones, salud bucodental, adicciones, disposición de sangre segura, trasplantes).
- Programas regionales (enfermedades transmitidas por vector, cólera, rabia, brucelosis, teniasis/cisticercosis, lepra, enfermedades por deficiencia endémica de yodo, intoxicación por picadura de alacrán).
- Fomento sanitario.
- Asistencia social <sup>73</sup>

Lo anterior demuestra que la atención a la salud pública depende de la ideología y del contexto del lugar en donde tiene afecto y en este sentido el gobierno mexicano, a través de esta reforma, priorizó los aspectos que tienen que ver con complicaciones en la salud de los grupos vulnerables: el sector infantil, las mujeres y su relación directa con la salud reproductiva, el riesgo de las enfermedades de transmisión sexual, particularmente del VIH, la población en tercera edad y las epidemiológicas, y por supuesto la consolidación de la asistencia social. A partir de este contexto, la administración pública manifiesta su interés en la prevención y asistencia de las enfermedades de

---

<sup>72</sup> Informe Institucional sobre el Módulo III "La mujer y la Salud" (SSA/DGSR) y Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe México 1999 (CONAPO), p. 71

<sup>73</sup> Ibidem, p. 74



carácter reproductivo, para pasar posteriormente del control poblacional per se, al de la prevención y atención de la salud reproductiva, con los subsecuentes planes sectoriales. Por lo tanto, el derecho a la salud en México maneja dos principales ejes: el de la universalidad para garantizar que toda persona, independientemente de su situación social o económica, tenga acceso a los servicios de salud; y la descentralización de esos servicios con el fin de que no se concentre en un solo espacio los recursos y tecnología para una adecuada atención de la salud de todos los ciudadanos del país. Con otra visión acerca del servicio público, "cuatro aspectos han sido los fundamentales de la actividad administrativa del Estado mexicano con relación a la vida social: asentamientos humanos, asistencia pública, asistencia social y readaptación social." <sup>74</sup> En la actualidad, producto de las diversas demandas respecto a la calidad de los servicios de salud en todos sus ámbitos, las autoridades encargadas asumen el compromiso y preocupación por establecer mecanismos a favor de la mejora en la prestación de los servicios. Para efectos del compromiso social hacia grupos en situación de vulnerabilidad los ejemplos son más específicos en la mala atención en salud pues "una oferta inadecuada de doctores y enfermeras en las zonas más pobres y una carencia generalizada de farmacéuticos han reducido la capacidad de proporcionar con calidad los Servicios de Salud del Estado en muchas áreas. También existen diferencias de calidad importantes entre las instituciones y los proveedores individuales, mismas que han comenzado a ser abordadas por las políticas gubernamentales recientemente." <sup>75</sup> El presente gobierno busca mejorar la protección financiera para aquellas que no cuentan con cobertura de seguridad social; inyectar nuevos recursos al sistema, y equilibrar las transferencias financieras del gobierno federal a los Estados.

La estrategia de política pública que ha establecido el sexenio 2000-2006 y que ha publicitado como uno de los principales logros en materia de salud pública es el Seguro Popular, que entre otras cosas proporciona a las familias un paquete de intervenciones esenciales y una selección de tratamientos, que en otras circunstancias podrían resultar financieramente catastróficos. La inscripción es voluntaria. "El financiamiento del nuevo sistema incluye una combinación de recursos financieros existentes y nuevos. Los gobiernos Estatales y el Federal pagan cada uno contribuciones tomando como base a cada familia registrada, que se complementa con una prima pequeña, pagada por los asegurados, de acuerdo a sus ingresos. Al introducir un mecanismo que asignaría más recursos a los Estados más pobres, las inequitativas asignaciones

---

<sup>74</sup> Carlos Ruiz Sánchez. ob. cit., p.254

<sup>75</sup> Franceso Colombo, y Howard Oxley. "Desempeño y Reformas del Sistema Mexicano de Salud", en **Conferencia para presentar el Estudio de la OCDE del Sistema de Salud de México**. Abril de 2005.

actuales de financiamiento federal entre Estados se reduciría. <sup>76</sup> El gasto en salud en México es demasiado muy bajo en comparación con otros países miembros de la OCDE, de la cual es miembro. “El total del gasto en salud en México se mantuvo en 6% del PIB durante 2002, comparado con un promedio de 81/2 por ciento en los países de la OCDE. Con tan solo 2.8 puntos porcentuales del PIB, el nivel del gasto público en salud es el más bajo de la OCDE y representa menos de la mitad del gasto total en salud en México.”. <sup>77</sup> Por ello a los largo de los últimos sexenios la tendencia en la aplicación de las políticas públicas de salud ha variado y se enfoca más al aspecto de la prevención, pues al haber erradicado las principales enfermedades de tipo epidemiológicas y con ello incrementar los niveles en la esperanza de vida, surgen nuevos males que aquejan a la salud de la población, pero que por sus características pueden ser evitada a través de la modificación de ciertos comportamientos. “Se trata del cambio en el paradigma de la atención a la salud, que significa el tránsito de la medicina individual de tipo curativo a un enfoque poblacional de carácter preventivo, que se basa en la promoción de la salud. Se propone reducir el riesgo más que reparar el daño.” <sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> idem

<sup>77</sup> idem

<sup>78</sup> Guillermo Soberón Acevedo. “Evolución y Revolución en Salud”, en **Salud Pública de México**. enero-febrero de 1992, Vol. 34, No. 1. México, 1992. p.p. 69-73

## Capítulo 3

### Identificación del Problema asociado a Salud Reproductiva

El asunto de la prestación de los servicios de planificación familiar y reconocer su transición o inclusión dentro del ámbito amplio de los servicios de salud reproductiva, implica reconocer cuáles son los principales problemas y consecuencias que afectan y demandan solución en esta materia. Aunque la política de planificación familiar ha ofrecido esencialmente servicios de dotación y promoción de los medios para regular en tiempo y en número la descendencia, también es cierto que el origen primigenio de dicha política fue el incremento de la población a tasas elevadas, por lo que es importante resaltar el contexto del aceleramiento de la fecundidad. Sin embargo a lo largo de las últimas décadas y a pesar de que los programas de planificación familiar en México han sido exitosos en la medida que ha descendido la tasa de natalidad, se han identificado otra clase de problemas que se han ido incluyendo dentro de la agenda de salud pública, que aunque se relacionan con la planificación familiar desde el punto de vista de que se derivan de la salud de la mujer en etapas de gestación, no habían sido atendidos dentro de un mismo concepto; por el contrario, aspectos como las complicaciones del embarazo, transmisión de infecciones sexuales que afectan a mujer e hijo, se han atendido de manera segmentada y no se tenían considerados dentro de una política general integral. Por ello es indispensable describir las problemáticas que actualmente son atendidas bajo el concepto de salud reproductiva que fundamentan el diseño y aplicación de los distintos programas de acción marcados dentro del marco del Programa Nacional de Salud y Programa Nacional de Población. Esto corrobora el por qué el gobierno decidió atender la situación de la alta densidad demográfica, sus consecuencias principales y la fuente para el origen de la política de población a través del concepto de planificación familiar, que a su vez se transformó o se incluyó como un elemento más de la atención en salud reproductiva. El siguiente aspecto que se incluye dentro de la identificación del problema es el de la mortalidad materna, que esencialmente se verifica con las complicaciones durante toda las etapas de la gestación. Este es uno de los temas que anteriormente se fusionaron junto a las acciones de planificación familiar. Asimismo es necesario mostrar las características y efectividad de la dotación de los métodos anticonceptivos así como su prevalencia y el perfil de población que regularmente los utiliza y como esto implica un problema que atender bajo la perspectiva de un derecho reproductivo.

Una de las deficiencias en planificación familiar es su falta de promoción y educación en el sector de los adolescentes; por sus características fisiológicas y por sus consecuencias sociales en lo personal, el embarazo adolescente es otro tema que adopta la salud reproductiva y que anteriormente solo era considerado a través de la planificación familiar, con escasas soluciones sistematizadas. Las enfermedades de transmisión sexual se contagian por una baja educación sexual, por falta de concientización individual y pública, y de igual manera, por falta de distribución de métodos de protección. Así la planificación familiar se visualiza como limitada y por el contrario, la salud reproductiva lo incorpora para detallar de mejor manera sus soluciones. En este sentido una de las enfermedades de transmisión sexual, aunque no es la única vía, es el VIH-Sida, que por el entorno social y cultural de la mujer, es más propensa a su contagio. Aquí la planificación familiar solo llega hasta el aspecto de la dotación de métodos anticonceptivos que impidan su contagio, como el condón; sin embargo a través de la salud reproductiva y sexual, esta infección puede ser evitada en mujeres incorporando la perspectiva de género; de ahí a que se incorpora y describe dentro de la identificación del problema. No menos importante como identificación de problema es el referente a la inequidad de género como un elemento detonante de todos los puntos anteriores, por la discriminación en la que se encuentra la mujer dentro de los aspectos de su vida sexual y su papel dentro de la familia.

### 3.1. Niveles de Fecundidad

#### 3.1.1. Determinantes para una política de población de control de la fecundidad

La fecundidad se relaciona con el número de nacimientos de una población en un tiempo determinado para identificar la tasa promedio del número de hijos por mujer. Al respecto los gobiernos establecen políticas para controlar la tasa de fecundidad que en algunos casos puede llegar a ser alta, lo que implica una serie de consecuencias respecto a la demanda de servicios.<sup>79</sup>

---

<sup>79</sup> **Política demográfica o de población** se define como “las medidas legislativas, los programas administrativos y otras acciones públicas para alterar o modificar las tendencias presentes de la población en interés de la supervivencia y el bienestar nacionales (...) en teoría, la política de población incluye el examen de las tendencias demográficas pasadas y presentes y de sus causas; una evaluación de los cambios demográficos implícitos en estas tendencias; una evaluación de las consecuencias sociales y económicas de los modelos de cambio esperados, en la perspectiva del interés nacional, y, por último, la adopción de medidas para provocar los cambios deseados y

Aunque se marca como materia demográfica, los índices de fecundidad se controlan a través del uso de métodos anticonceptivos mediante la prestación de servicios de salud en materia de planificación familiar y actualmente a través de la salud reproductiva. La justificación para establecer programas de control natal se basa en el hecho de que un crecimiento poblacional descontrolado aumentaría la demanda de servicios públicos en varios niveles como son el acceso a la salud, vivienda, empleo, además de que los grupos sociales reconocidos dentro del margen de pobreza y pobreza extrema seguirían dentro de esa misma línea. "Las personas más pobres tienden a desear mayor cantidad de hijos que las personas en posición económica más desahogada."<sup>80</sup> Los principales conflictos se centrarían en la disputa de energía, agua y espacios territoriales con los subsecuentes problemas de seguridad alimentaria, de presión demográfica en las áreas urbanas. En el caso de México actuales estudios prospectivos indican que "el país contaría con una población cercana a los 140 millones de habitantes; lo que generaría presiones importantes en el mercado laboral y en el abasto de satisfactores. Lo que nos enfrentaría a esta situación, es el efecto combinado de una tasa de crecimiento poblacional alta, conjugada con una asimetría entre el desarrollo urbano y rural. Asimismo, cerca del 58 por ciento de esa población se asentaría en las regiones centrales del país, demandando una gran cantidad de recursos e ingresos."<sup>81</sup> Bajo este supuesto se establecen mecanismos para que la administración pública atienda este tipo de problemas; los índices de fecundidad son manejados por el área encargada de la política de población que se coordina, de acuerdo a la organización del sector público, con el área encargada de los aspectos del desarrollo social y del sector salud; sin embargo se coincide en que la explosión demográfica es un problema de la agenda pública. Sin embargo no deja de ser relevante que estas visiones en pro del control natal vayan dirigidas a países en vías de desarrollo en donde los índices de marginalidad y pobreza son altos y donde la alta fecundidad sea vista como un problema a largo plazo.

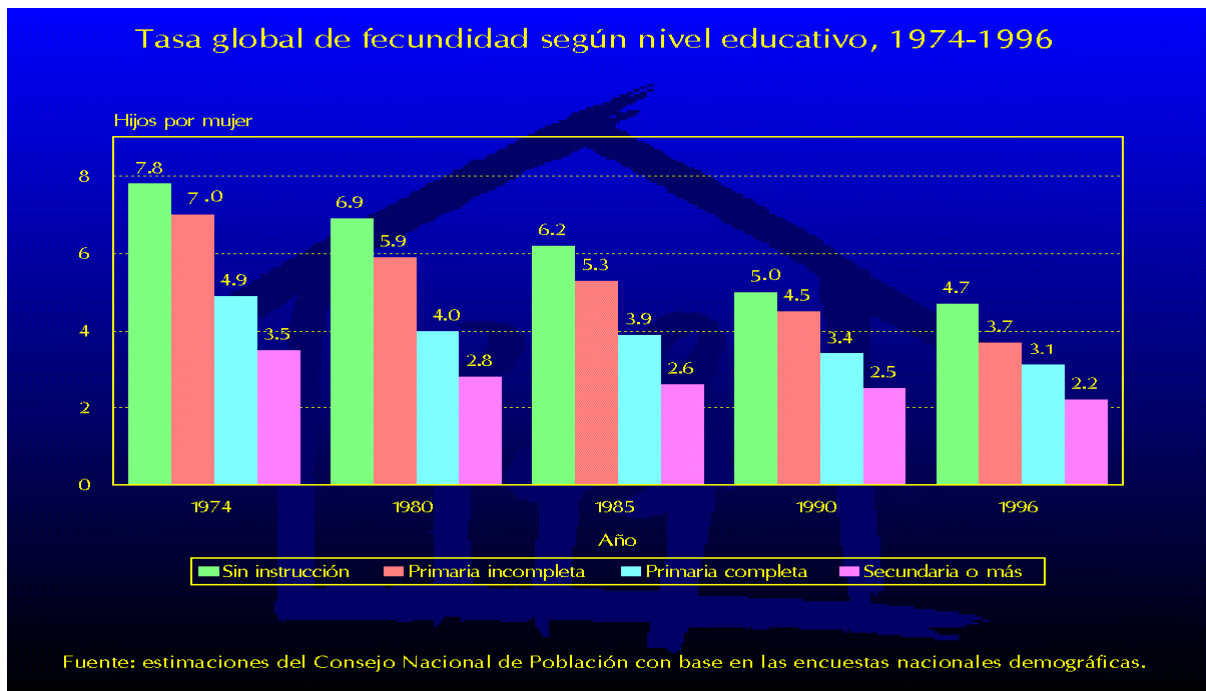
---

evitar los indeseables...". (Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, Tomo VIII), p. 264

<sup>80</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. **Estado de la población mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza.** 2004, p. 41

<sup>81</sup> Conferencia presentada por el Lic. Julio A. Millán Bojalil, "Desarrollo Regional y Planeación Prospectiva en México", en **Memoria del Foro Planeación Regional Integral. Una visión prospectiva 2020.** Sedesol.CICM Instituto de Investigaciones Sociales-Academia Metropolitana. 2000. p.231

En este sentido organismos internacionales relacionan que la explosión demográfica es el detonante de otro tipo de problemas pues las estadísticas indican que unos mil millones de niños “vive en condiciones de pobreza y carece de los bienes y servicios básicos para sobrevivir, crecer y desarrollarse (...) favorece la violación de los derechos de la infancia, como la explotación sexual comercial, que ya afecta a 2 millones de menores a escala global”,<sup>82</sup> según lo establece el informe del Estado Mundial de la Infancia 2005, presentado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Aunado a este panorama, otros organismos como UNICEF han establecido líneas a seguir para el establecimiento de políticas que fomenten la ayuda al sector infantil que presentan problemas que atender y que se relacionan con la carencia de elementos para un adecuado control en el número de nacimientos, principalmente en los grupos en situación de vulnerabilidad. En México existen “3.5 millones de niños trabajadores en todo el país, 170 mil de los cuales viven y laboran en las calles de las 100 principales ciudades mexicanas; 16 mil menores de edad son explotados sexual y comercialmente cada año”<sup>83</sup>, lo que fomenta su situación de vulnerabilidad y desigualdad social.



<sup>82</sup> La Jornada. 9-diciembre-04. “Más de la mitad de la infancia mundial, en la pobreza: Unicef”. Angeles Cruz Martínez.

<sup>83</sup> La Jornada. 3-marzo-05. “Organismos civiles promueven acciones a favor de los niños”. Alma Muñoz.

De acuerdo con la gráfica anterior, los altos índices de fecundidad se originan en los sectores con un bajo nivel de educación; aspectos como la pobreza, marginalidad, abusos en la situación de la mujer por parte de sus parejas son determinantes para un descontrol en el número de hijos. Por ello no solo es el aspecto de la demanda de servicios sino también de la prevención y mejoramiento de la calidad de vida de las familias. El efecto que produjo el avance demográfico junto con la promoción del gobierno en la natalidad fue el aumento de las demandas sociales, sobre todo “en áreas como necesidad de tierras para el cultivo, vivienda, necesidad de ampliación de servicios urbanos y de seguridad social, etcétera. Con la caída de la tasa de crecimiento de la economía todas esas necesidades se volvían cada vez más difíciles de satisfacer.”<sup>84</sup> El gobierno mexicano reconoció el alza de los niveles de fecundidad detectada a partir de la década de los setenta, después de haber incentivado una política pronatalista en sexenios anteriores. Sin embargo, antes de esta década los índices de natalidad a principios del siglo XX eran los siguientes:

#### Natalidad General y Crecimiento Natural en los Estados Unidos Mexicanos, 1896-1910

| Año  | Natalidad | Mortalidad General | Crecimiento Natural |
|------|-----------|--------------------|---------------------|
| 1896 | 31.7      | 31.6               | 0.1                 |
| 1897 | 28.8      | 35.0               | -6.2                |
| 1898 | 37.1      | 35.8               | 1.3                 |
| 1899 | 37.7      | 40.2               | -2.5                |
| 1900 | 36.4      | 33.6               | 2.8                 |
| 1901 | 34.2      | 32.6               | 1.6                 |
| 1902 | 33.7      | 35.1               | -1.4                |
| 1903 | 33.4      | 33.5               | -0.1                |
| 1904 | 34.8      | 32.7               | 2.1                 |
| 1905 | 34.1      | 34.7               | -0.6                |
| 1906 | 32.2      | 35.1               | -2.9                |
| 1907 | 32.8      | 34.5               | -1.7                |
| 1908 | 34.3      | 33.5               | 0.8                 |
| 1909 | 34.4      | 32.3               | 1.7                 |
| 1910 | 32.0      | 32.3               | -0.3                |

FUENTES: Boletines del Consejo Superior de Salubridad en México. Referencia Núm. 28, Vol. 4: 130,1960. Archivo del Departamento de Estadística Nacional. SIC. Diversos legajos. Bustamante, Miguel E. El estudio de la planificación familiar, Antecedentes históricos de la evolución demográfica mundial. Gac. Méd. De Méx. 98: 1,122-1,131, 1968

<sup>84</sup> Cristina Puga Espinosa, y David Torres Mejía. **México: La modernización contradictoria.** México, Addison Wesley Longman, 1998, p. 69

| Año  | Población  | Nacimientos | Natalidad |
|------|------------|-------------|-----------|
| 1922 | 14 539 443 | 453 643     | 31.4      |
| 1930 | 16 552 722 | 819 814     | 49.4      |
| 1940 | 19 653 552 | 875 471     | 44.3      |
| 1950 | 25 791 017 | 1 174 947   | 45.5      |
| 1960 | 34 990 054 | 1 608 174   | 46.0      |
| 1970 | 47 596 192 | 2 132 630   | 43.5      |
| 1973 | 54 528 617 | 2 572 287   | 47.2      |
| 1974 | 58 117 709 | 2 607 452   | 44.9      |
| 1975 | 60 145 258 | 2 429 768   | 40.4      |
| 1976 | 62 329 189 | 2 366 305   | 38.0      |
| 1977 | 63 821 500 | 2 402 418   | 37.6      |
| 1978 | 65 843 600 | 2 346 862   | 35.6      |
| 1979 | 67 418 300 | 2 448 779   | 36.3      |
| 1980 | 69 346 900 | 2 446 238   | 35.3      |

FUENTE: Bustamante, Miguel E. et al. *La Salud Pública en México 1959-1982*. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México. 1982. p.4

En la década de los ochenta el gobierno mexicano, a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia establecía que la planeación familiar era el programa dominante de la política poblacional pues “la necesidad de alimentar, de proporcionar habitación higiénica y abrigo, educación y trabajo a una población que ha crecido nueve, trece y veinte millones de gentes...”.<sup>85</sup> Aquí resaltaba la provisión de servicios básicos a futuro por lo que el tipo de servicios de atención y dotación de métodos anticonceptivos no era exclusivamente prioritario, sino el cumplimiento de las metas porcentuales.

Existen metodologías para conocer y aproximarse al fenómeno poblacional y actualmente con base en el concepto de derechos reproductivos, muchas han sido las investigaciones entorno a los estudios poblacionales. Por ejemplo, para acercarse a detectar los niveles de fecundidad “resultado del comportamiento reproductivo de la población, un papel muy importante lo representan las variables intermedias sugeridas por Davis y Blake (1956), las cuales se proponen como

<sup>85</sup> Miguel Bustamante. et al. ob. cit., p. 3



mecanismos a través de los que se presenta la influencia de cualquier característica personal y social sobre la fecundidad.”<sup>86</sup>

Esto nos muestra la importancia que representa el tema de las relaciones sexuales y la incorporación de los derechos reproductivos con el control de la fecundidad. En investigaciones anteriores se propuso un esquema de toma de decisiones reproductivas que sugiere tres etapas interesantes:

La primera es la "percepción de la posibilidad de regular la fecundidad", en la que se incluye - por ejemplo- el conocimiento (como apropiación) que se tiene del propio cuerpo, de la sexualidad, de la reproducción y de los medios para regular la fecundidad. La segunda es la "motivación para regular la fecundidad", que estriba básicamente en elementos de interés para limitar el número de hijos que potencialmente se pueden tener, a partir de la forma en que se valoran y de las expectativas para los mismos, así como de la manera en que se vive la maternidad. La tercera etapa es "la valoración de los costos asociados a dicha regulación de la fecundidad": no se limita a los aspectos económicos, sino que incorpora la facilidad del uso de los anticonceptivos, el acceso a los mismos y el reconocimiento de obstáculos psicosociales y culturales para optar por ellos. Este proceso intenta recuperar las especificidades de la persona que se reproduce y que modifica sus posibilidades reproductivas, a través de su práctica anticonceptiva específica, sin limitarla a la acción de políticas y programas institucionales, si bien considera la influencia de las mismas.<sup>87</sup>

De esta manera se observa que los determinantes para una política de población en el tema del control de la fecundidad es el crecimiento descontrolado del número de nacimientos; seguido del incremento a mediano y largo plazo de servicios públicos básicos como agua, energía, alimentación, educación y salud; origen de otro tipo de problemas sociales que afectan a grupos de menores de

---

<sup>86</sup> Juan Guillermo Figueroa, "Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud", en Elu, M.C. (ed.) **Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva**, México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1997, p.p. 9-51

<sup>87</sup> Idem

edad que por su entorno inician su actividad laboral y en muchos de los casos, en lo sexual convirtiéndose en personas en condiciones de vulnerabilidad. Por ello en un principio la política de planificación familiar se reservaba al aspecto poblacional, hoy en día se atiende de acuerdo a esta última propuesta metodológica que incorpora la percepción y motivación de regular la fecundidad con el fin de tener otra perspectiva de los costos y beneficios de su utilización.

### 3.1.2. Una política pronatalista en México

Anteriormente el gobierno mexicano no planteaba en estricto sentido la necesidad de establecer políticas entorno a la planificación familiar, por el contrario se identificaron factores que propiciaron el acelerado crecimiento del número de personas, entre los que destacan:

- a) Al mejoramiento de las condiciones de vida que disminuyó considerablemente la tasa de mortalidad y aumentó la esperanza de vida promedio en el país;
- b) a políticas estatales orientadas hacia el poblamiento del país más que hacia el control demográfico y;
- c) a una serie de factores culturales que favorecían a la familia numerosa.<sup>88</sup>

Incluso se llegó a considerar que era necesario incentivar el crecimiento de la población como una ideología política pues “hasta bien avanzada la segunda mitad del siglo XX, se consideró que ‘gobernar es poblar’ y que la mayor riqueza de la nación eran sus habitantes, para subrayar los beneficios de una población creciente.”<sup>89</sup>

Los altos índices de población, producto del desconocimiento de los efectos de un alta densidad demográfica y auspiciados por la promoción de la natalidad por el contexto posrevolucionario, empezaron a gestarse cuando “...entre 1930 y 1970 el grupo de menores de 15 años de edad multiplicó su tamaño inicial alrededor de 3.5 veces (al pasar de poco más de 6 a 22 millones de personas) y su peso relativo respecto a la población total aumentó de 39 a 46%. En contraste, el segmento de entre 15 y 64 años creció cerca de 2.5 veces en ese mismo lapso (de casi

---

<sup>88</sup> Cristina Puga Espinosa, y David Torres Mejía. ob. cit. p.67

<sup>89</sup> Carlos Welti Chanes. “Reducción del crecimiento demográfico sin desarrollo” en revista Demos. **Carta demográfica sobre México 2003-2004**. Instituto de Investigaciones Sociales. México, 2005 p.p.4-6

10 a 24 millones de personas), aunque su participación en la población total disminuyó de 58 a 50%.<sup>90</sup> Asimismo los resultados demográficos fueron "...el decremento de la mortalidad aunado a una fecundidad alta, lo que motivó que la tasa de crecimiento poblacional se incrementara en forma importante al pasar de 1.7% entre 1930 y 1940, hasta 3.1% entre 1950 y 1960, e incluso a 3.4% entre 1960 y 1970. Este fenómeno, conocido como explosión demográfica, provocó que en 1960 México se acercara a los 35 millones de habitantes y rebasara los 48 millones para 1970".<sup>91</sup> Fue en la década de los setenta cuando los índices en la tasa de fecundidad alcanzaron su nivel máximo histórico a consecuencia de la falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos recientes en esa época y sólo eran las clases medias y altas de la sociedad los utilizaban. "El marco jurídico que prevalecía en ese tiempo, producto del predominio por muchos años de políticas pronatalistas, imponía fuertes restricciones a la población para poder acceder al conocimiento y los medios de regulación de la fecundidad."<sup>92</sup>

A la par de este contexto otros factores que propiciaron el alto crecimiento demográfico son:

- o Vocación histórica por aumentar el número de habitantes
- o Percepción de las comunidades campesinas, en las cuales los hijos representan mano de obra que garantiza la subsistencia de las familias y constituyen una especie de seguro de vida para los padres, ya que les prometen atención en la vejez.
- o La mayor mortalidad infantil en el campo
- o Dominación masculina y sometimiento de la mujer dentro de la cultura de la sexualidad
- o Oposición de la Iglesia católica hacia el control artificial de la natalidad.<sup>93</sup>

Efectivamente, el incremento desmedido de la población al llegar a una tasa de fecundidad de 7.2 hijos por mujer al año, se debió a la inexistencia de una perspectiva de prevención y desconocimiento de la materia demográfica; a factores socioeconómicos y culturales del gobierno al establecer pautas legales para la prohibición de la distribución de anticonceptivos; a situaciones culturales de poblaciones como las rurales; y por la dominación del varón sobre la pareja femenina.

---

<sup>90</sup> Presidencia de la República. **Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006**. p.21

<sup>91</sup> Ma. Magdalena Trujano Ruiz, y Ma. Teresa Esquivel Hernández. "Políticas de fecundidad: incidencias y resistencias culturales", en **Política y Cultura. Políticas Públicas y Sociedad**. Otoño 96, número 7. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México, p.p.249-267

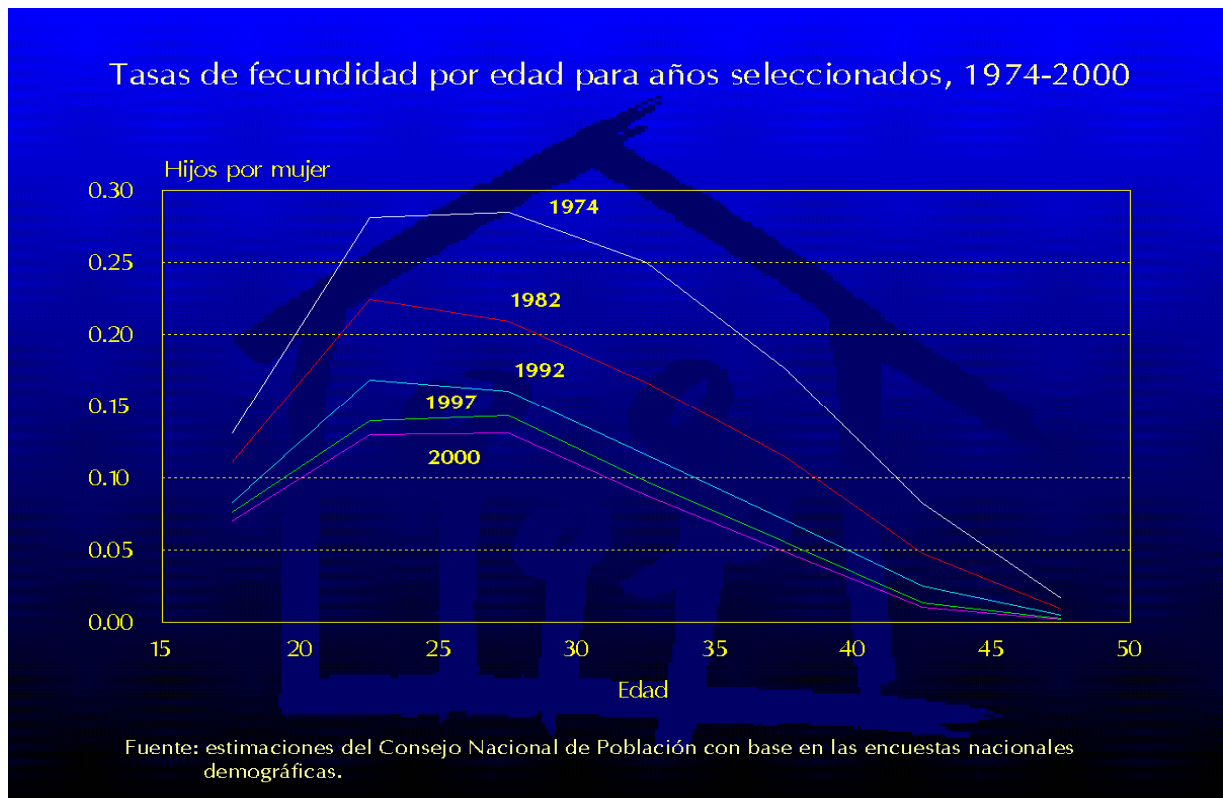
<sup>92</sup> Consejo Nacional de Población. **Situación demográfica de México 1999**. México. 1999. p. 203

<sup>93</sup> Cristina Puga. ob. cit. , p.70

De esta manera visualizamos que no solo no existía un plan ordenado de planificación familiar, sino que el determinante principal para el incremento en la descendencia de las mujeres fue la inequidad de género que no se entendía como tal en esta etapa.

### 3.1.3. Avances de la reducción de la tasa de fecundidad

Ante la situación descrita con relación a la identificación de los altos niveles de fecundidad de la población, se empezaron a tomar medidas para su reducción, mismos que se reflejan en la siguiente gráfica:



En ella se advierte que entre 1974 y 1999 se produjo una reducción en la Tasa General de Fecundidad <sup>94</sup> de alrededor de 3.6 hijos por mujer. El descenso no ocurrió de manera uniforme en el tiempo, sino que pueden distinguirse dos etapas durante el lapso de 25 años: (i) la primera fase de rápido descenso, entre 1974 y 1984, cuando la TGF se redujo casi 2.0 hijos, con un decremento

<sup>94</sup> Las tendencias de la fecundidad y de la planificación familiar se abordan mediante la **tasa global de fecundidad**, el número ideal de hijos, la edad media de la mujer al primer hijo, las tasas específicas de fecundidad, el porcentaje de mujeres unidas que usa métodos anticonceptivos, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos y el promedio de hijos vivos según algunas características sociodemográficas seleccionadas (educación, escolaridad, ingresos, lugar de residencia, edad, paridad, condición de habla de lengua indígena) Secretaría General del Consejo Nacional de Población. **Informe de ejecución 2001-2003 del Programa Nacional de Población 2001-2006**. p. 45

medio anual de 0.20 hijos, y (ii) la segunda fase de descenso moderado, entre 1984 y 1999, cuando la TGF disminuyó alrededor de 1.7 hijos, con un decremento medio anual de 0.11 hijos, equivalente casi a la mitad de la velocidad de la reducción observada en los once años previos.”<sup>95</sup> Sin embargo la reducción de la fecundidad se estableció como prioridad en los programas de gobierno cuando alcanzó su nivel máximo histórico de 7.3 hijos promedio por mujer. Ello ocurrió a partir de 1974, cuando se creó la Ley General de Población que proporcionaría los pormenores para la administración de la planificación familiar en el país. Así, la fecundidad registró un promedio de 5 hijos por mujer en 1978; cayó a 4 hijos en 1985, y en la actualidad es de 2.4 hijos.<sup>96</sup> De haber seguido constante la Tasa Global de Fecundidad en los setenta, “la población ascendería en 1999 a 142.4 millones de habitantes, en lugar de los 98.1 millones que se estima residen en el país en la actualidad. Es decir, ese monto sería 2.8 veces el tamaño de la población existente en 1970 y alcanzaría una tasa de crecimiento natural de cuatro por ciento”.<sup>97</sup> Que como ya se ha expuesto, los problemas de subempleo, marginación y de servicios públicos en general, serían más agudos que en la actualidad.

Tasas de fecundidad por edad para años seleccionados, 1974-2000

| Grupos de edad | 1974    | 1982   | 1992   | 1997   | 2000   |
|----------------|---------|--------|--------|--------|--------|
| 15-19          | 0.13145 | 0.1112 | 0.0830 | 0.0766 | 0.0701 |
| 20-24          | 0.28081 | 0.2244 | 0.1682 | 0.1400 | 0.1298 |
| 25-29          | 0.28493 | 0.2089 | 0.1602 | 0.1432 | 0.1312 |
| 30-34          | 0.25011 | 0.1666 | 0.1159 | 0.0978 | 0.0877 |
| 35-39          | 0.17625 | 0.1150 | 0.0708 | 0.0557 | 0.0487 |
| 40-44          | 0.08241 | 0.0481 | 0.0252 | 0.0135 | 0.0109 |
| 45-49          | 0.01648 | 0.0096 | 0.0052 | 0.0028 | 0.0023 |

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

<sup>95</sup> Consejo Nacional de Población. **Situación... 1999**. p. 29

<sup>96</sup> Presidencia de la República. **Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006**. p.20

<sup>97</sup> Elena Zúñiga Herrera. “La desaceleración del crecimiento demográfico y la salud reproductiva”, en **La población de México, situación actual y desafíos futuros**. Conapo. México, 2000. p.p.96-117

De acuerdo a datos del INEGI y del Inmujeres “entre 1976 y 1992 el punto máximo de la fecundidad entre las mexicanas se ubicaba en el grupo de mujeres de 20 a 24 años de edad; no obstante, a mediados de la década pasada la tasa de fecundidad más elevada se recorrió de 25 a 29 años, y la fecundidad de las adolescentes de entre 15 y 19 años sufrió una merma considerable, pues disminuyó más de 31 por ciento.”<sup>98</sup> Asimismo se estima que las mujeres mexicanas en edad reproductiva tuvieron en promedio 2.1 hijos, lo que equivale a un millón 985 mil nacimientos, con una esperanza de vida de 75.2 años (...) ‘estos cambios en la composición de la población tendrán como consecuencia que de 2006 a 2028, la razón de dependencia (proporción de los menores a 14 años y adultos mayores frente a la población en edades laborales) se encuentre por debajo de 60 por ciento; es decir, que haya 60 personas dependientes por cada 100 en edad de trabajar’ “.<sup>99</sup> En 1996, la fecundidad de las mujeres sin instrucción duplicaba a la que registraban las mujeres con al menos un año aprobado de educación secundaria (4.7 hijos(as) frente a 2.2).<sup>100</sup>

Aunque la política de población ha tenido éxito en términos generales en lo que se refiere al control de la natalidad, existen dos aspectos que los programas de gobierno deben atender: primero, en caso de no seguir con la actual política de población tal cual se viene manejando, podrán surgir los problemas ya planteados, pues “dentro de los siguientes seis años la población se incrementará en 10 millones de habitantes. Por tanto, la demanda de servicios que presta el gobierno se incrementará y será especialmente alta en educación y salud”,<sup>101</sup> y segundo, es de considerar que los instrumentos jurídicos y las políticas de control natal han manifestado una incongruencia con los postulados de los derechos y salud reproductivas de los tratados internacionales, pues el sistema jurídico de México en materia de derechos reproductivos busca el control de la facultad jurídica en lugar de favorecer el estado de bienestar relativos a la libertad del ejercicio de la reproducción. Ya que como se puede demostrar, la experiencia en la aplicación de la política de fecundidad ha enfrentado los problemas de acuerdo a esta situación, destacándose: “su contradicción con prácticas tradicionales; la apreciación de las familias numerosas incluso multinucleares, entre los sectores populares que apoyan en el mediano plazo un ingreso económico

---

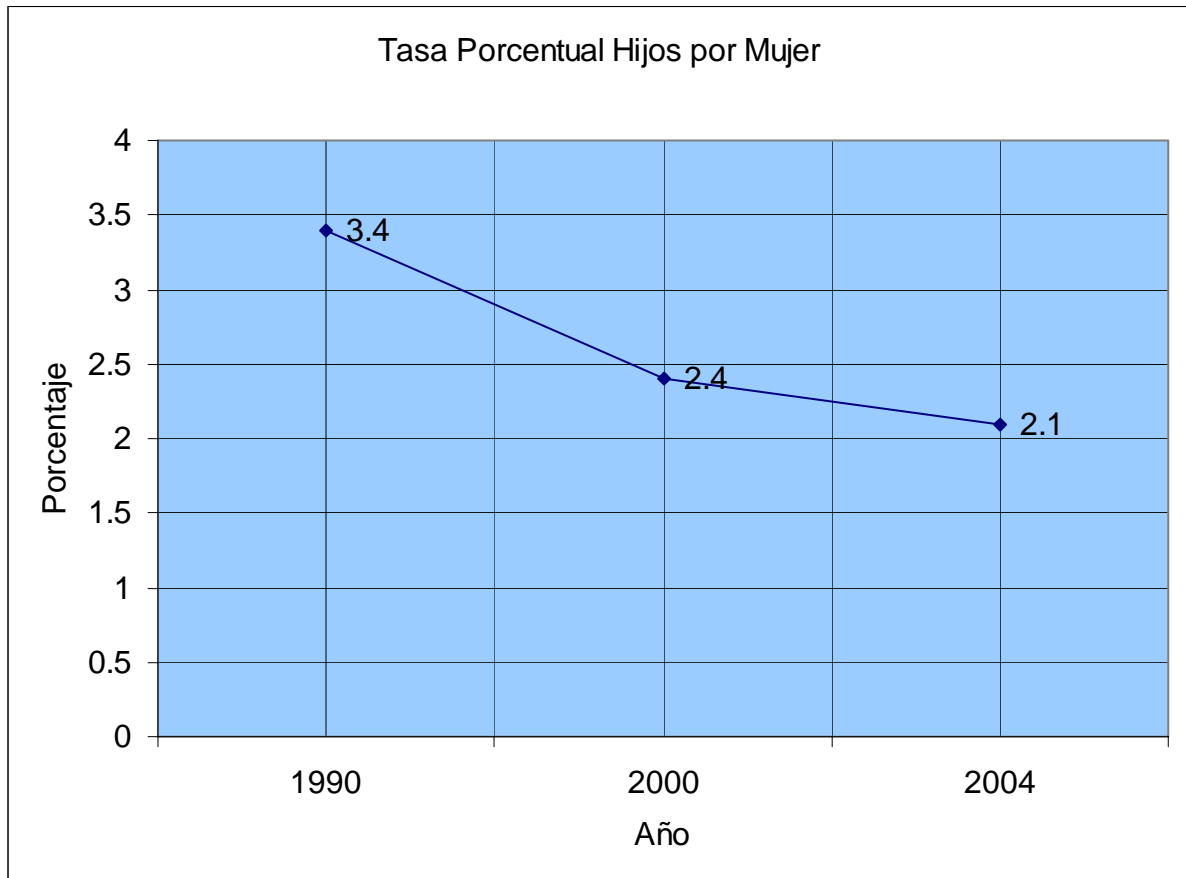
<sup>98</sup> La Jornada. 17-enero-05. “Crece número de mujeres que usan anticonceptivos”. Carolina Gómez Mena.

<sup>99</sup> La Jornada. 29-diciembre-04. “A fin de año, México tendría casi 106 millones de habitantes”. Juan Balboa.

<sup>100</sup> Consejo Nacional de Población. **Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana**. México, 2000.p.18

<sup>101</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006, p.80

familiar más elevado; el bajo nivel de escolaridad de las mujeres; la subordinación femenina; los matrimonios muy jóvenes; la necesidad de la suplencia generacional ante la ausencia del apoyo social para los ancianos, entre otros." <sup>102</sup> En este sentido resultará importante la manera en que el gobierno mexicano ofrezca los servicios de planificación familiar con base en la perspectiva de la salud reproductiva.



Fuente: elaboración propia con base en datos del Cuarto Informe de Ejecución 2004 del Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006 y de estimaciones del Consejo Nacional de Población

Actualmente el país estará habitado por 105 millones 909 mil personas, para convertirse en el segundo país de América Latina en número de habitantes. Sin embargo es destacable que la tasa global de fecundidad se redujo drásticamente de tal manera que los índices han sido homogéneos en cada uno de los estados del país:

<sup>102</sup> Ma. Magdalena Trujano Ruiz, y Ma. Teresa Esquivel Hernández. ob. cit., p.p.249-267

| Tasa global de fecundidad por entidad federativa, 1990 y 2000 |      |      |
|---|------|------|
| Estado  | 2000 | 1990 |
| Nacional  | 2.4  | 3.4  |
| Aguascalientes  | 2.6  | 3.6  |
| Baja California   | 2.2  | 3.1  |
| Baja California Sur   | 2.1  | 2.8  |
| Coahuila  | 2.4  | 3.1  |
| Colima  | 2.1  | 2.9  |
| Campeche  | 2.3  | 3.6  |
| Chiapas   | 2.9  | 4.5  |
| Chihuahua   | 2.2  | 3.2  |
| Distrito Federal  | 1.8  | 2.2  |
| Durango   | 2.7  | 4.0  |
| Guanajuato  | 2.8  | 3.7  |
| Guerrero  | 3.0  | 4.2  |
| Hidalgo   | 2.6  | 3.4  |
| Jalisco   | 2.5  | 3.8  |
| México  | 2.2  | 3.1  |
| Michoacán   | 2.8  | 4.2  |
| Morelos   | 2.1  | 2.9  |
| Nayarit   | 2.4  | 3.5  |
| Nuevo León  | 2.1  | 2.5  |
| Oaxaca  | 2.9  | 4.4  |
| Puebla  | 3.0  | 4.3  |
| Querétaro   | 2.5  | 4.1  |
| Quintana Roo  | 2.4  | 3.5  |
| San Luis Potosí   | 2.9  | 4.0  |
| Sinaloa   | 2.1  | 2.9  |
| Sonora  | 2.1  | 2.7  |
| Tabasco   | 2.6  | 3.5  |
| Tamaulipas  | 2.1  | 2.8  |
| Tlaxcala  | 2.3  | 3.8  |
| Veracruz  | 2.3  | 3.2  |
| Yucatán   | 2.2  | 3.6  |
| Zacatecas   | 2.7  | 4.1  |

Fuente: estimaciones del  
Consejo Nacional de Población.

### 3.2. Mortalidad Materna

#### 3.2.1. Definición de Muerte Materna

Considerado como uno de los temas críticos dentro del contexto de la salud reproductiva, la mortalidad materna se origina cuando la mujer se encuentra dentro del período de gestación



expuesta a una serie de complicaciones que se acentúan cuando no obtiene una adecuada atención médica, en particular cuando carece del acceso ó los prestadores de servicio no ofrecen garantías de atención. De acuerdo con la experiencia, las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud originados por falta de acceso a la medicina moderna así como por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, del parto o del puerperio. Todo esto acarrea la problemática del mal manejo de los riesgos asociados con las muertes maternas. La mortalidad materna es definida por la Organización Panamericana de la Salud como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Esta misma definición es la que se reconoce oficialmente en México y forma parte de la [Norma Oficial Mexicana Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido \(NOM-007-SSA2-1993\)](#) De manera más detallada existe otra definición de mortalidad materna: La defunción de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio constituye una muerte materna. Estadísticamente, la mortalidad materna en una población se considera como el número de muertes maternas por cada 10,000 nacimientos. <sup>103</sup>

### 3.2.2. Principales causas de mortalidad materna

Las causas que originan la muerte materna se identifican a partir de qué momento de la gestación se encuentran y destacan las hemorragias, la hipertensión (o "toxemia") y el aborto. <sup>104</sup>

---

<sup>103</sup> Ana Langer. "La mortalidad materna en México: La contribución de aborto inducido" en Ortiz, A. (ed.) **Razones y pasiones en torno al aborto**. México: Edamex/Population Council, 1994, p.p. 149-153

<sup>104</sup> **Nota:** Las causas de muerte materna fueron clasificadas de la siguiente manera:

**Problemas en el parto** (CIE 9a 650-665; 667-669) Parto normal, embarazo múltiple, posición y presentación anormal, desproporción, anormalidad de los órganos y tejidos blandos, anormalidad fetal, otros problemas fetales que afectan la atención de la madre, parto obstruido, anormalidad dinámica del trabajo de parto, trauma obstétrico, retención de placenta, otras complicaciones del parto no clasificadas.

**Hemorragias** (CIE 9a 640, 641, 643) Hemorragia precoz del embarazo, hemorragia anteparto y placenta previa, hemorragia posparto.

**Infecciones** (CIE 9a 670) Infecciones puerperales.

**Toxemia** (CIE 9a 642, 643) Hipertensión que complica el embarazo, parto, puerperio e hiperemesis del embarazo.

“Durante el parto, a las dos primeras complicaciones antes mencionadas se agrega el ‘parto prolongado’ u ‘obstruido’, que ocurre cuando el feto no logra nacer debido a dificultades mecánicas. Durante el puerperio, las mujeres fallecen por infección (generalmente derivada de una atención del parto no higiénica) o por hemorragia.”<sup>105</sup> Las defunciones causadas por problemas relacionados con el embarazo, el parto y puerperio constituyen una de las principales causas de defunción entre las mujeres en edad fértil. En México, la mortalidad materna es reconocida como un problema social y de salud pública; la mayoría de las muertes maternas podrían evitarse mediante medidas que por lo común son sencillas y de bajo costo. “Las mujeres más expuestas a morir por causas relacionadas o agravadas por un embarazo son las que viven en condiciones sociales y económicas desfavorables, que redundan en la precariedad nutricional y en un limitado acceso a los servicios de salud.”<sup>106</sup> Este panorama es una evidencia de la falta de calidad de servicios de salud reproductiva. En el año de 1990, las mujeres que carecían de escolaridad presentaron una tasa de mortalidad materna de 14.5 por 100,000; las que contaban con los tres primeros años de primaria de 9.9; las que habían cursado 4 ó 5 años de 7.3, y progresivamente la tasa va descendiendo conforme avanza la escolaridad. La principal conclusión es que a menor escolaridad mayor riesgo de muerte materna. “Las mujeres analfabetas presentan un riesgo de morir 8 veces mayor con respecto a las de que tienen al menos el nivel de preparatoria; en las que no concluyeron la primaria el riesgo de morir es 5 veces mayor, y en las que sí la concluyeron el riesgo de morir es 3.6 veces mayor que el grupo de referencia.”<sup>107</sup> En la década de los años noventa la toxemia del embarazo fue la primera causa de mortalidad materna ya que entre los años de 1989 y 1991 fue la responsable de 23.8 por ciento de las defunciones y en el periodo 1995-1997 ascendió a 31.9 por ciento. Después las otras patologías como las hemorragias del embarazo y de parto, que figuran en segundo lugar de importancia, tuvieron una reducción, al pasar de 24 a 21.6 por ciento. En un tercer lugar encontramos

---

**Aborto** (CIE 9a 630-639) *Mola hidatiforme, otro producto anormal de la concepción, aborto retenido, embarazo ectópico, aborto espontáneo, aborto inducido ilegalmente, aborto no especificado, intento fallido de aborto y complicaciones consecutivas al aborto, a la gestación ectópica y al embarazo molar.*

**Resto** (CIE 9a 644-646; 671-676) *Parto prematuro, embarazo prolongado, otras complicaciones del embarazo no clasificadas, complicaciones del puerperio a excepción de las infecciones.*

<sup>105</sup> Ana Langer. Ob. cit.

<sup>106</sup> Consejo Nacional de Población. **Cuadernos de Salud Reproductiva 2000**. México, 2000. p.67

<sup>107</sup> Rafael Lozano, Bernardo Hernández, y Ana Langer, “Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México”, en Elu, M.C. y A. Langer (eds) **Maternidad sin riesgos en México**, 1994, p.p. 43-52

complicaciones del puerperio manteniéndose con un 9.9 por ciento; y en cuarto lugar se encontró el problema asociado al aborto con 7.8 por ciento de las muertes maternas. “Éstas cuatro causas concentraron, entre 1995 y 1997, poco más de 70 por ciento de las defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio.”<sup>108</sup> Un ejemplo de esto ocurrió en 1997, cuando las estadísticas arrojaron que “32.8 por ciento de las defunciones fueron causadas por la toxemia, 19.7 por las hemorragias, 8.4 por ciento por el aborto y 8.4 por ciento por complicaciones del puerperio.”<sup>109</sup> Otros datos muestran avances en años anteriores con relación a la mortalidad materna, pues se verificó un descenso de 10 muertes por cada 10,000 nacimientos en 1979 a 5.4 en 1990. entre las causas que predominaron en dicho período fueron los problemas en el parto (34.2%), la hipertensión (23.2%), las hemorragias (21.3%), el aborto inducido con 8.4% y, por último las infecciones con 5.6%. Otras enfermedades no propias del embarazo que igualmente inciden en el problema constituyeron un 7.3%.<sup>110</sup> Sin embargo con la aplicación de un nuevo modelo certificado de defunciones se detectó que en 1994 y 1995 se incrementó la tasa de muerte materna, pues se investigó “la existencia de embarazo en todos los casos de fallecimiento de una mujer en edad fértil.”<sup>111</sup> Con el apoyo de este mismo certificado de defunción, se evidenció que un porcentaje de muertes se presentaron en mujeres no derechohabientes; “el 60% del total falleció en unidades médicas, el 30% en el hogar y una mínima proporción en otros lugares”.<sup>112</sup> En este sentido se demostró que existe una relación entre no ser derechohabiente y no recibir atención médica antes de la muerte. “Entre 1989 y 1990 se estimó que las mujeres no derechohabientes tienen un riesgo siete veces mayor de no recibir atención médica antes de la muerte, que las mujeres derechohabientes.”<sup>113</sup>

---

<sup>108</sup> Consejo Nacional de Población. **Cuadernos..2000**. p.69

<sup>109</sup> Informe Institucional sobre el Módulo III La mujer y la Salud” (SSA/DGSR) y Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe México 1999 (CONAPO), p. 83

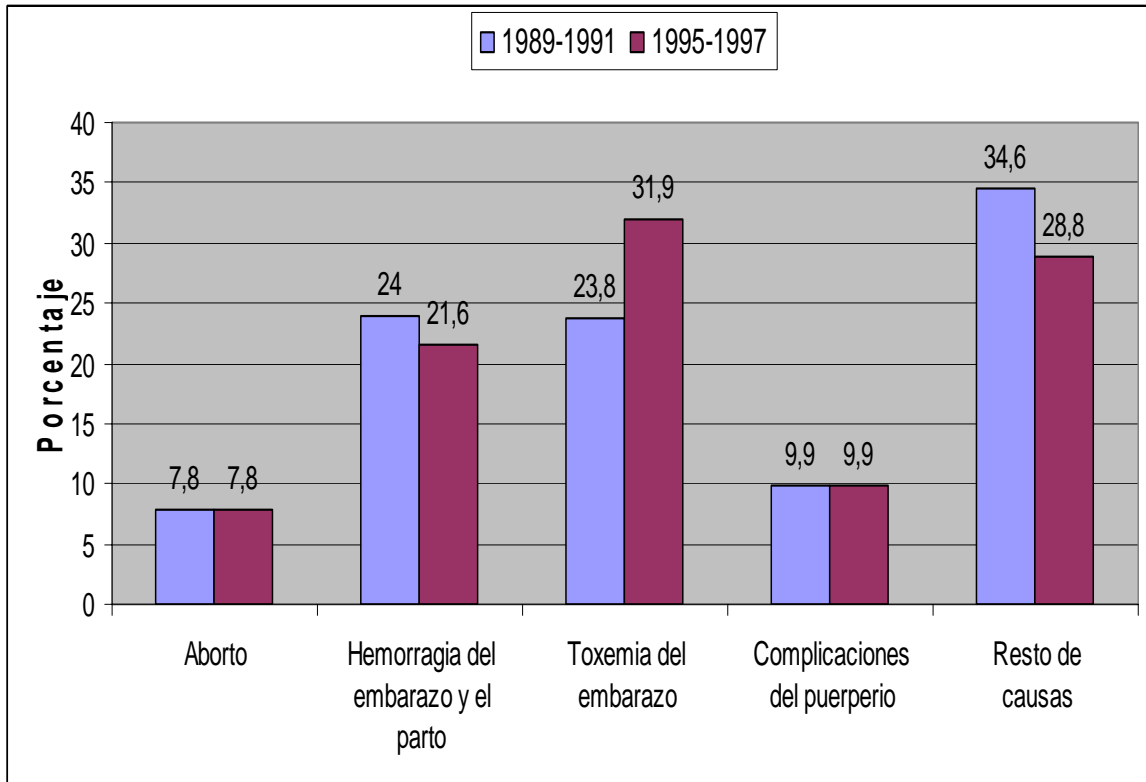
<sup>110</sup> Ana Langer. “La mortalidad materna en México: La contribución de aborto inducido” en Ortiz, A. (ed.) **Razones y pasiones en torno al aborto**. México: Edamex/Population Council, 1994, p.p. 149-153

<sup>111</sup> Informe Institucional sobre el Módulo III La mujer y la Salud” (SSA/DGSR) y Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe México 1999 (CONAPO), p. 82

<sup>112</sup> Rafael Lozano, Bernardo Hernández, y Ana Langer, op. cit., p.p. 43-52

<sup>113</sup> Idem

**Distribución porcentual de las muertes maternas según causa, 1989-1991 y 1995-1997**



Fuente: CONAPO. Cuaderno de Salud Reproductiva. República Mexicana. México, 2000

Mención especial merece el tema del aborto pues una mala atención puede ocasionar daños irreversibles en la salud de la mujer. Asimismo se considera que el problema del aborto contribuye al alza de la muerte materna pues la Secretaría de Salud ha reconocido que el aborto es la novena causa de ingreso hospitalario de la población femenina. Por si fuera poco, el aborto inseguro es un tema del cual han señalado grandes consecuencias algunas de las agrupaciones civiles defensoras de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, "de ahí la demanda de organizaciones no gubernamentales como el caso del GIRE, sobre la actualización y confiabilidad de las estadísticas oficiales." <sup>114</sup> En este sentido la dimensión del aborto como problema de salud pública es la siguiente:

1. En México es evidente el subregistro de la estadística sobre el aborto.

<sup>114</sup> La Jornada. 3-marzo-05 "Excluye Inmujeres el aborto en texto para cumbre internacional. Carolina Gómez MENA.

2. En la mayoría de las instituciones, incluido el Instituto Nacional de Perinatología, se ha ubicado entre las primeras 10 causas de consulta de primera vez y de morbilidad hospitalaria.
3. En cuanto al aborto como componente de la mortalidad materna, representa un grave problema de salud para las mujeres en edad fértil.
4. En México, el registro de aborto como causa de muerte materna se ha mantenido en el tercer lugar.
5. En Latinoamérica el aborto provocado en mujeres con bajos recursos y pobre nivel educativo, realizado por personal no calificado, es responsable de 20 a 30% de las muertes maternas.
6. El costo económico que implica resolver los problemas de salud derivados del aborto y su repercusión en el ámbito productivo laboral es enorme.
7. Finalmente, como alternativa lógica de solución, se considera que la tasa de aborto decrece conforme aumenta la educación y la disponibilidad de métodos anticonceptivos, lo que necesariamente incide en las tasas de morbilidad y mortalidad materna por este concepto, y desde luego, en sus implicaciones desde los puntos de vista personal, familiar y social.<sup>115</sup>

Aunque los índices de mortalidad materna son altos, destaca que cualquiera de los factores citados, médicamente, son prevenibles y fáciles de resolver a partir de la atención oportuna y especializada. Por ejemplo, problemas como la hemorragia, o la hipertensión se pueden solucionar con un hospital que cuente con un banco de sangre y personal de salud capacitado en esta clase de emergencias. El aborto, por su parte, "representa un riesgo de muerte para la mujer sólo cuando se realiza en condiciones antihigiénicas y/o por personal que desconoce la técnica adecuada y que daña órganos internos, perforando el útero y produciendo infección y hemorragia."<sup>116</sup> Sin embargo es ésta precisamente la identificación de uno de los problemas afines con el ejercicio de los derechos reproductivos, la falta de atención oportuna hacia las mujeres embarazadas independientemente si son o no son derechohabientes de los servicios de salud; también se nota el

---

<sup>115</sup> Raúl López García. "El aborto como problema de salud pública", en Elu, M.C. y A. Langer (eds) **Maternidad sin riesgos en México**. México DF: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1994, p.p. 85-90

<sup>116</sup> Ana Langer. op cit, p.p. 149-153

desconocimiento de los métodos anticonceptivos y a su vez falta de provisión de los mismos; factores que inciden en futuras defunciones maternas y que son reconocidos a nivel mundial: "Las deficiencias en los servicios de salud reproductiva y salud sexual son causas de casi una quinta parte de la carga mundial de morbilidad y mortalidad prematura, y de una tercera parte de las enfermedades y defunciones de las mujeres en edad de procrear."<sup>117</sup> Además de la problemática de las muertes durante las distintas etapas del embarazo, existe la de la atención improvisada y carente de garantías en las zonas rurales, que es donde los índices se inclinan frente a los de las zonas urbanas. Existen enfermeras y parteras que son las que ofrecen los servicios de parto derivando en muchos casos en complicaciones posparto tanto para la madre como para el recién nacido. "En el contexto rural el porcentaje de mujeres que no tuvieron vigilancia prenatal en su último embarazo fue el doble que en las zonas urbanas (13.5 y 5.2 por ciento, respectivamente)."

<sup>118</sup>La importancia del tema se fortalece en nuestro país en virtud de que a nivel internacional, organizaciones no gubernamentales e instituciones de educación han extendido la preocupación por la mortalidad materna y en ese sentido los efectos de la globalización inciden en las soluciones que los gobiernos ofrecen, en particular dentro de los países en vías de desarrollo. Por ejemplo, en el Foro Global de Investigación en Salud se indicó que "cada año mueren 600 mil mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, mientras 3 millones de bebés fallecen al nacer o en la siguiente semana; en otro extremo, la epidemia del sida continúa fuera de control. La Academia de Ciencias de Francia, señaló que la situación de la salud materno-infantil constituye la más clara evidencia de los rezagos por superar. Y entre otras causas, el 20 por ciento de las personas fallece por problemas perinatales. <sup>119</sup> En otro foro México fue evidenciado como uno de los países donde la atención de la salud de las mujeres se encuentra completamente rezagada pues "aunque desde hace nueve años se demostró que el sulfato de magnesio es el medicamento más efectivo y barato para el control de la eclampsia \* –primera causa de mortalidad en el embarazo y parto-, el fármaco no está disponible en los hospitales del país. En cambio, se utiliza otra fórmula más costosa y

---

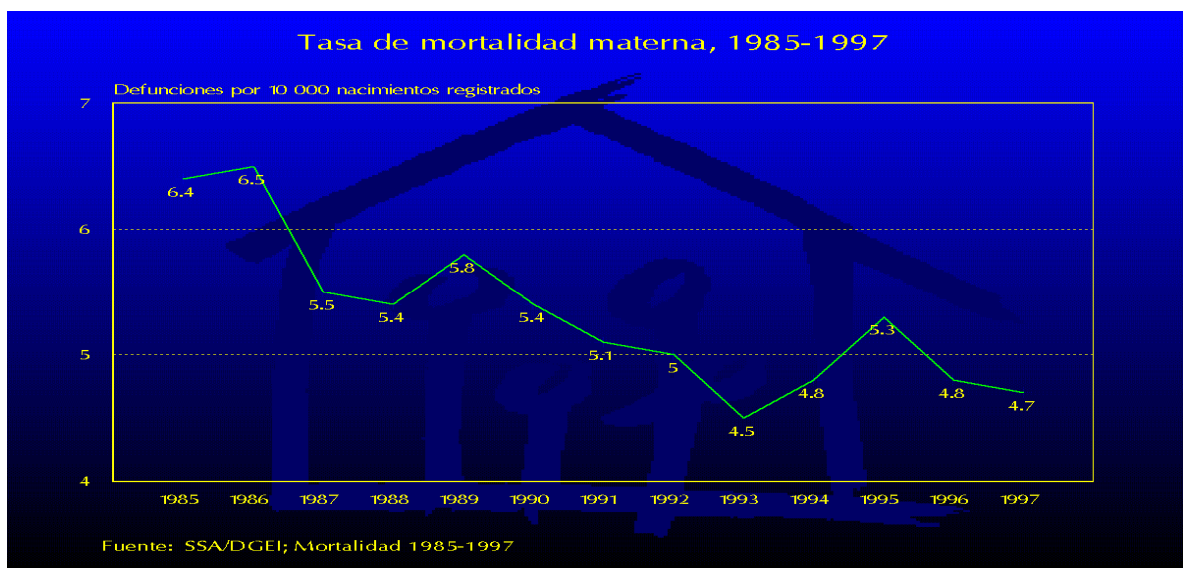
<sup>117</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. población mundial 2004... , p.37

<sup>118</sup> Informe Institucional sobre el Módulo III La mujer y la Salud" (SSA/DGSR) y Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe México 1999 (CONAPO), p. 84

<sup>119</sup> La Jornada. 18-noviembre-04. "Por problemas perinatales, 20% de los decesos mundiales: experto". Angeles Cruz Martínez.

\* **Eclampsia**: es la aparición de convulsiones no atribuidas a otra causa durante el embarazo, generalmente después de la semana 20.

menos eficaz, que ocasiona muertes innecesarias (...) el ejemplo de los hospitales mexicanos, cuyas farmacias carecen del sulfato de magnesio para controlar la eclampsia. Los médicos disponen de la fenitoína,\*\* que además de ser más costosa, se ha comprobado su limitado beneficio en el tratamiento de la enfermedad.”<sup>120</sup> En 2003 las principales causas de defunciones maternas han aumentado su incidencia y son las que se relacionan con los trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio. El número de defunciones por este motivo representó 31.6 por ciento del total de las muertes maternas. Las hemorragias obstétricas son la segunda causa con 26.1 por ciento, mientras que las complicaciones del aborto se han ubicado como la tercera causa con alrededor del 6 por ciento del total. “Estas tres causas en conjunto representaron cerca de las dos terceras partes del total de las defunciones de 2003 y en total aumentaron su peso relativo en 9.2 puntos porcentuales en comparación con 1990.”<sup>121</sup> Como punto aparte pero que tiene que ver con la atención a la mujer embarazada es el relativo al excesivo número de cesáreas, pues “se han incrementado de 23.5% del total de partos en 1991 a 32% en 2001. En el ISSSTE más de la mitad de los nacimientos son por cesárea, lo que rebasa el tope recomendado por la OMS”.<sup>122</sup>



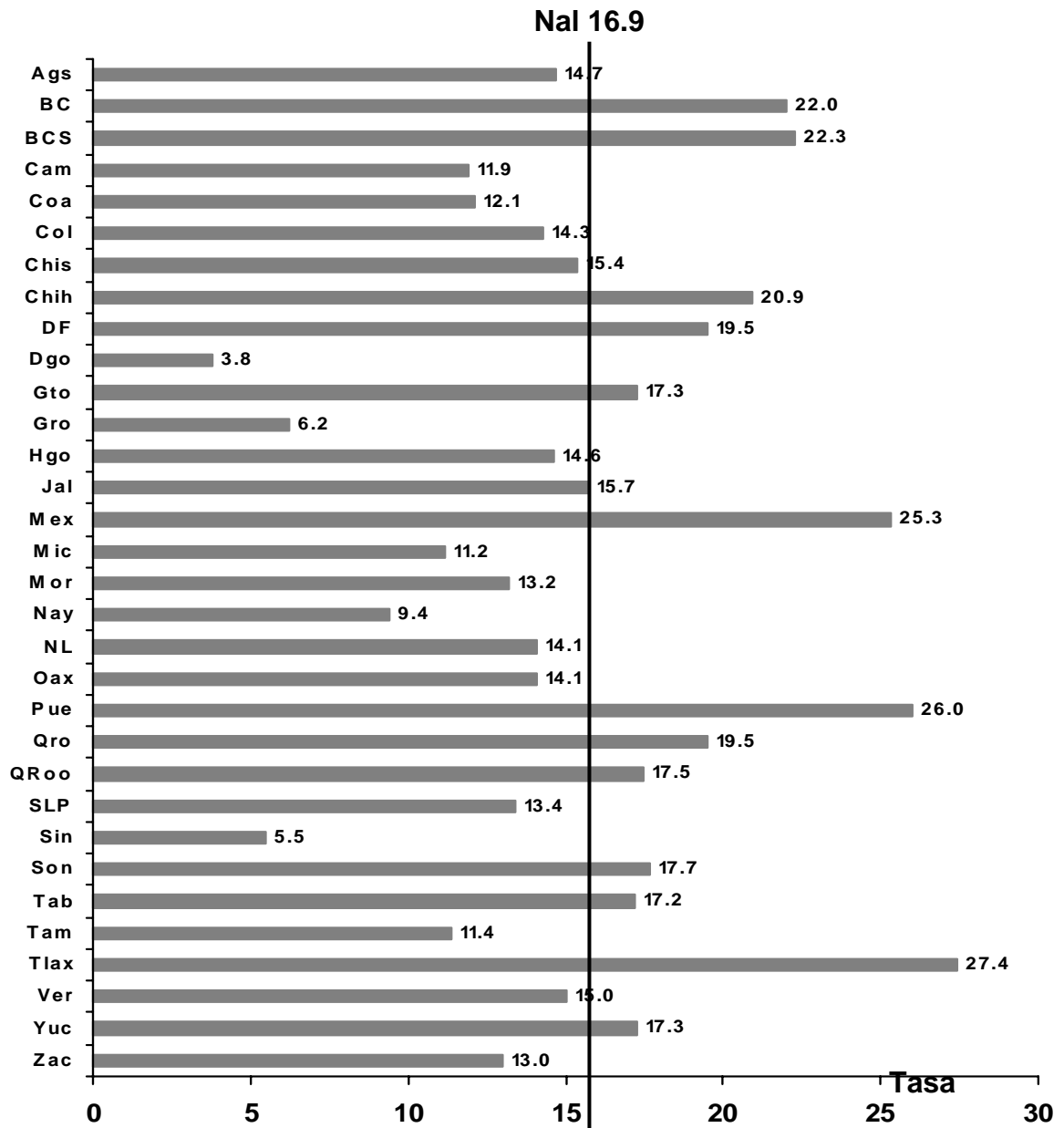
\*\* **Fenitoína:** se usa para tratar diversos tipos de convulsiones y de crisis convulsivas, actuando en el cerebro y el sistema nervioso en el tratamiento de la epilepsia.

<sup>120</sup> La Jornada. 19-noviembre-04. “México, ejemplo de rezago en el combate a la mortalidad materna”. Angeles Cruz Martínez.

<sup>121</sup> Presidencia de la República. **Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005**. p.30

<sup>122</sup> Comisión Nacional de Derechos Humanos. **Diagnóstico sobre los Derechos Humanos**. México, 2004, p.176

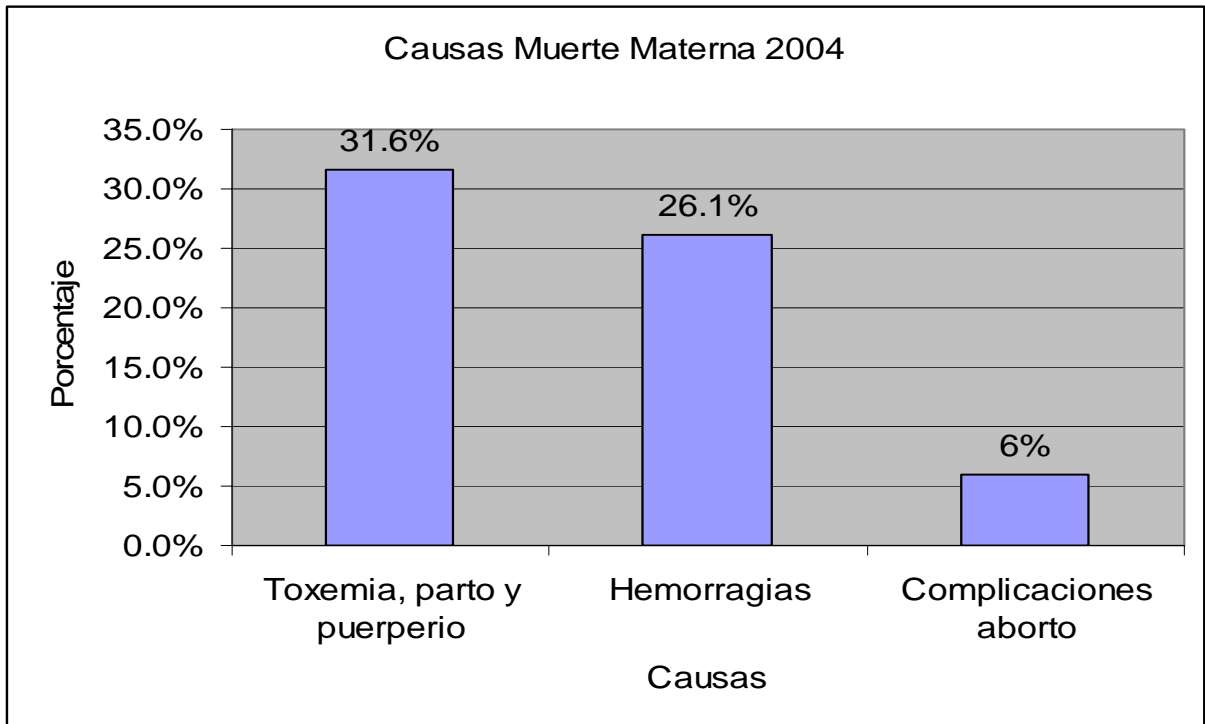
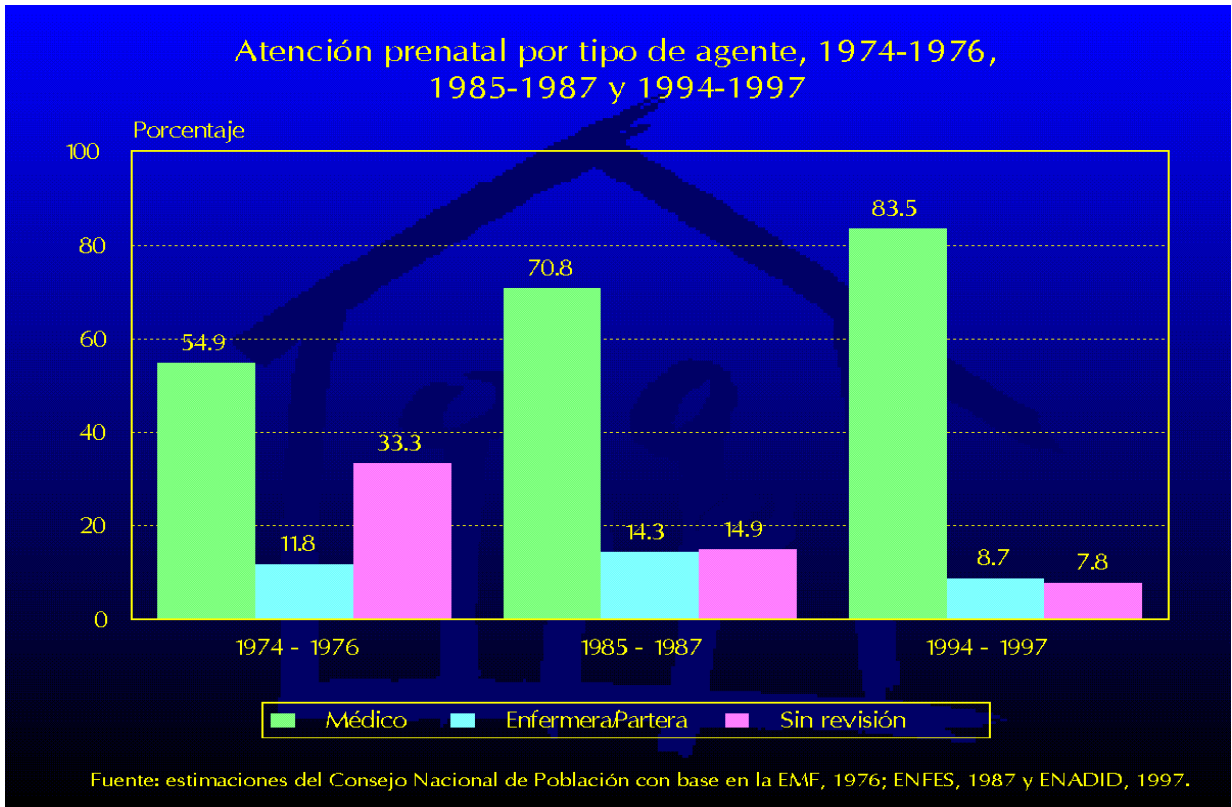
**Gráfica15**  
**Mortalidad materna, según entidad federativa, 2001**



Tasa por 1,000 nacimientos esperados.

Fuente: INEGI/SSA.CGPE. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.  
CONAPO, Proyecciones de Población de México 1996 - 2050. México, 1998.





Fuente: elaboración propia con base en los datos del Informe de Avance 2005 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México, Presidencia de la República

### 3.3. Anticonceptivos: distribución, acceso y demanda insatisfecha

Anteriormente el uso de los anticonceptivos no se había generalizado por las razones culturales y de marco legal que ya se han especificado; a pesar de que las mujeres que lo hacían solamente empleaba métodos tradicionales (ritmo o retiro); este porcentaje era mucho mayor al registrado en las áreas rurales en la década de los sesenta, "donde sólo 10.3 por ciento del total de mujeres unidas había hecho uso alguna vez de cualquier método anticonceptivo."<sup>123</sup>

Otra razón fue la falta de un programa detallado y formal de planificación familiar que se realiza, principalmente, a través de los métodos anticonceptivos; en este sentido ha sido evidente la tendencia ascendente en el número de usuarias. Así pues tenemos que en 1976, de un total de 1.8 millones de usuarias registradas, solamente el 36% preferían las pastillas, 23% el ritmo y el retiro y 19% los dispositivos. Otra estadística similar verificada en 1982, indicaba que de 5.5 millones de usuarias registradas, el 29% prefirió las pastillas, 28% había optado por la ligadura y 14% por los dispositivos, y solamente un mínimo 8 de cada mil casos, el varón aceptaba la vasectomía, lo que demuestra que históricamente la responsabilidad de la planificación familiar ha quedado en las mujeres.

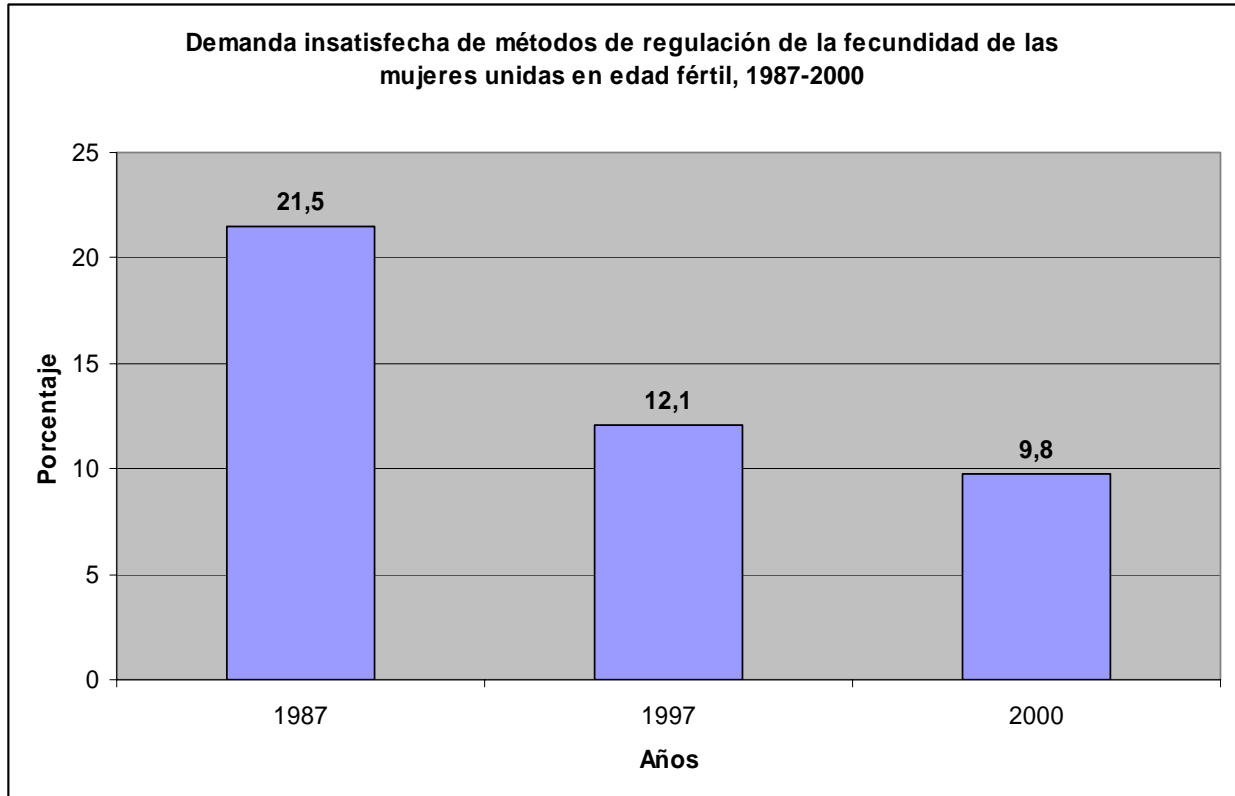
El tipo de anticonceptivos que por lo general utilizan las mujeres mexicanas ha cambiado radicalmente en los últimos 25 años. En la fase inicial de los programas oficiales de planificación familiar, encontramos que el 35.9 por ciento de las mujeres en edad fértil que hacían uso de métodos anticonceptivos utilizaba la pastilla, 23.3 por ciento utilizaba métodos naturales y 18.7 por ciento empleaba el DIU. El avance en investigaciones ha permitido la llegada de anticonceptivos más duraderos y ese es el cambio que las usuarias han adoptado, dejando de lado los tradicionales, entre los que destacan: la operación femenina y el dispositivo intrauterino.

En 1997 siguió el descenso del uso de la pastilla pues "sólo una de cada diez usuarias las utilizaba; los métodos naturales, después de una reducción en su participación en la primera década, se mantuvieron como la tercera opción dentro de la gama de métodos; y los más utilizados fueron la OTB y el DIU, con 44.7 y 20.8 por ciento, respectivamente."<sup>124</sup>

---

<sup>123</sup> CONAPO. **Situación ...1999**. México, 1999, p.205

<sup>124</sup> Consejo Nacional de Población. **Cuadernos...**2000.p.52



**Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en las encuestas nacionales de fecundidad y las proyecciones de población.**

Ello se refleja en particular en personas que no tienen el acceso garantizado a los servicios de salud; y por otro lado está la perspectiva de que "...los grupos de población en situación económica más holgada están en mejores condiciones de satisfacer sus deseos reproductivos utilizando métodos anticonceptivos modernos." <sup>125</sup> En la actualidad el uso de los llamados métodos modernos son utilizados por el 90% de los anticonceptivos utilizados en todo el mundo, destacando principalmente tres: esterilización femenina, dispositivos intrauterinos y píldoras. <sup>126</sup> Asimismo la anticoncepción de emergencia se enfoca a la prevención del embarazo después de tener relaciones sexuales sin protección. En el país, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), "al menos 70.7% de mujeres de 15 a 49 años con pareja sexual aseguraron que utilizan algún método anticonceptivo. De ellas 43.9 por ciento recurren a la salpingoclasia\*, 20.6 utilizan el dispositivo intrauterino (DIU) y 10.4 pastillas anticonceptivas."<sup>127</sup>

<sup>125</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. op cit, p. 42

<sup>126</sup> Idem

<sup>127</sup> La Jornada. 8-marzo-05 "Pirricos avances en salud, derechos y enseñanza para el sector femenino". Andrés Morales, Carlos Camacho, Rubén Villalpando, Antonio Heras y Erika Arriaga, corresponsables; Carolina Gómez y Laura Poy, reporteras.

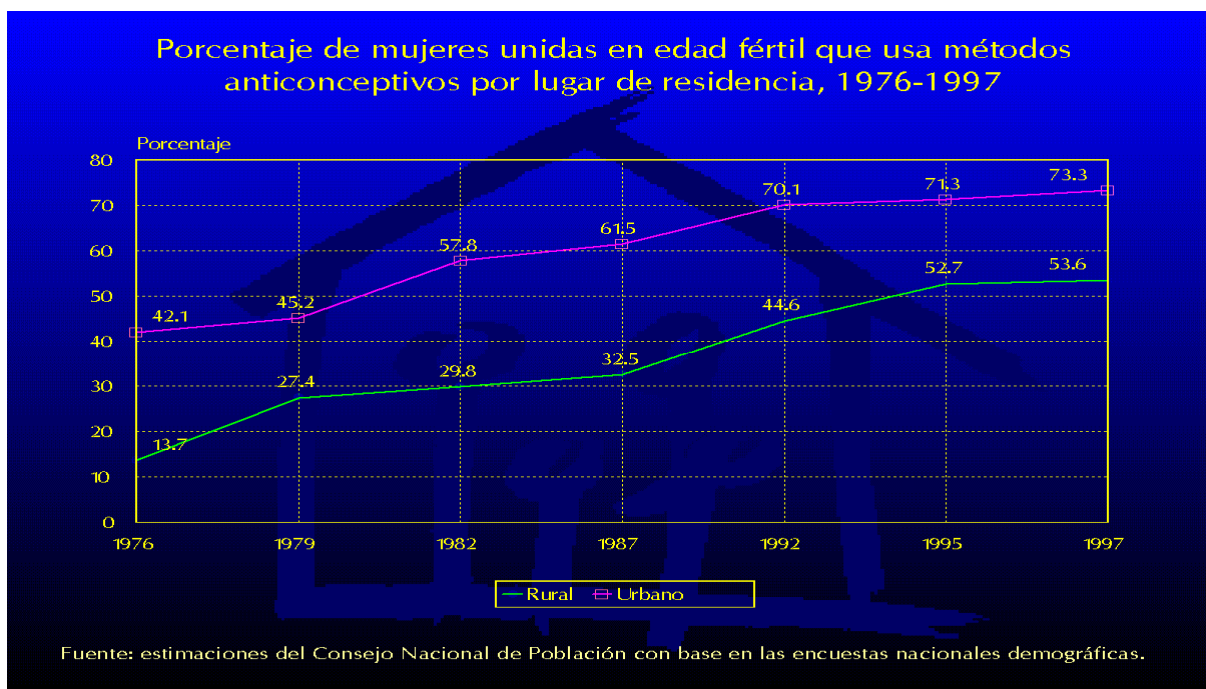
### 3.3.1. Cobertura y demanda insatisfecha de anticonceptivos

El uso de anticonceptivos no se realiza de manera homogénea dentro del territorio, por el contrario son las características socioculturales de las regiones las que lo determinan, así como la calidad de los prestadores de servicio. Aunque la provisión de métodos anticonceptivos contiene en sí misma una carga polémica en cuanto al tipo de método o a la manera en que el gobierno impone alguno de ellos, también es cierto que figuran como una parte medular de los derechos reproductivos en cuanto a otorgar garantías y servicios a las mujeres que intentan recurrir a un control propio en el número de hijos. Esta problemática es la de la insatisfacción de anticonceptivos, que es aquella cuando las mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar su descendencia, misma que ha disminuido sistemáticamente en los últimos años. Algunos datos establecen que la decisión de no utilizar de métodos anticonceptivos se debe principalmente a la falta de información y desconocimiento de la variedad y forma de uso; también debido a la propia elección de las parejas de acrecentar el número de hijos, fenómeno que se presenta principalmente dentro de las zonas rurales; otro factor es la confrontación de algunas personas con sus convicciones religiosas; también el rezago socioeconómico determina el acceso a los métodos de anticoncepción: en 1997, los niveles más bajos de conocimiento se registraron entre las mujeres sin escolaridad (82.4%) y, particularmente, entre las que hablan alguna lengua indígena (79.5%).<sup>128</sup> Otro tanto por posibles efectos secundarios y otra la de la oposición del varón a que su compañera utilice cualquier forma de interrupción de la fecundación. La oposición del varón es una importante barrera para la adopción de prácticas anticonceptivas, particularmente en las áreas rurales, pues estos han dominado e influido en la posible decisión de la mujer de regular el número de hijos, influenciados también por las reglas de la tradición que antemano suponen que la descendencia se basa en cuestiones religiosas o familiares. Históricamente, al igual que la dotación de otro tipo de servicios públicos, la gran cantidad de municipios y de zonas marginadas ha complicado que los habitantes de esas localidades gocen de manera eficiente de los servicios de salud. México tiene cerca de "156 mil localidades; de ellas, 13,465 tienen entre 500 y 2500 habitantes, y más de 140 mil tienen menos de 500 habitantes (...). Si se toman en cuenta algunas regiones específicas del sureste del país las diferencias se acentúan: en las áreas rurales es esta zona, sólo 18% de las mujeres utiliza algún

---

<sup>128</sup> Consejo Nacional de Población. **Cuadernos...**2000,,p.42

método anticonceptivo y 22.5% no conoce ninguna forma para regular su fecundidad".<sup>129</sup> Hacia finales de 1973 existían alrededor de 900 000 mujeres que regulaban su fecundidad, las cuales representaban poco menos de 12% del total de parejas en edad fértil. Para 1982 el número era de 5.5 millones, o sea 47.7%. Según como se ha especificado, a partir de la década de los setenta se ha percibido un incremento importante en el uso de los anticonceptivos de las mujeres en edad fértil que ha representado un alza de unos 20 puntos porcentuales, pues mientras en 1987, 52.7 por ciento empleaba algún método, al principio del milenio ya eran 70.7 por ciento. La demanda total de métodos anticonceptivos se incrementó en 1987, hasta un 77.8 por ciento a 80.6 por ciento en 1997 entre las mujeres unidas en edad fértil. De estos totales, la demanda efectiva representó 52.7 y 68.5 por ciento, y la demanda insatisfecha 25.1 y 12.1 por ciento en esos años, respectivamente. Lo anterior arrojó como resultado un incremento observado en la demanda efectiva (15.8 puntos porcentuales) entre 1987 y 1997 se debió fundamentalmente a la considerable disminución de la demanda insatisfecha (13 puntos porcentuales) y una proporción significativa menor al aumento de la demanda total (2.8 puntos porcentuales)<sup>130</sup>



<sup>129</sup> Yolanda Palma, y Gabriel Rivera. "La planificación familiar en México", en Langer, A. Y K. Tolbert (eds) **Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México**. México DR: Edamex/Population Council, 1996, p.p. 153-177

<sup>130</sup> Consejo Nacional de Población. **Cuadernos... 2000**. p.63

En la actualidad ya existen otros métodos modernos que se pueden utilizar, sin embargo sigue la misma tendencia de falta de variedad y de buena atención a las necesidades de las usuarias. A nivel internacional en 1999, "al menos 300 millones de mujeres casadas carecían de acceso a la píldora anticonceptiva, el DIU o los condones (preservativos). Casi 400 millones carecían de una gama completa de opciones en material de anticonceptivos, inclusive la anticoncepción quirúrgica voluntaria."<sup>131</sup>

| Porcentajes de usuarias de métodos anticonceptivos entre mujeres de edad fértil unidas por grupos de edad |             |
|---|-------------|
| Grupo de edad   | Porcentajes |
| 15 a 19 años  | 45 %        |
| 20 a 24 años  | 59.3 %      |
| 25-29 años  | 67.8 %      |
| 30-34 años  | 75.4 %      |
| 35-39 años  | 76.1 %      |
| 40-44 años  | 74.5 %      |

Fuente: Consejo Nacional de Población. Cuadernos de Salud Reproductiva. México, 2000

### 3.3.2. Imposición de anticonceptivos por parte de los prestadores de servicio

Al tiempo que se encuentran las limitantes para la dotación de los anticonceptivos, al mismo tiempo se encuentra otra problemática de la imposición ya que la literatura nos muestra que entre las razones para la elección de algún método es que en el 10% de las usuarias esterilizadas en el nivel nacional, la mujer reconoció que ella no intervino en la decisión de operarse y de ellas la mitad tampoco se puso de acuerdo con la persona que lo decidió; en un estudio regional este porcentaje presenta un valor de 3.5 entre aquellas en que la esterilización fue su primera opción anticonceptiva. En este sentido la dotación de métodos anticonceptivos mantiene la constante diversidad de quejas respecto a la restricción de las opciones anticonceptivas que se definen de acuerdo a las prioridades de los propios programas más que por las características y necesidades de la población, "así como contra el carácter clasista y sexista de las acciones de diferentes programas de planificación familiar [así como] de la imposición de métodos como la esterilización (...) aceptación e imposición del dispositivo intrauterino."<sup>132</sup>

---

<sup>131</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. op. cit, p. 41

<sup>132</sup> Juan Guillermo Figueroa. op. cit., p.21

Los derechos reproductivos abordan dentro de sus postulados la problemática de la satisfacción, garantías para una adecuada elección y buena aplicación de parte de los prestadores de servicios referente a los métodos anticonceptivos. A lo largo de los años se han ampliado los tipos de anticonceptivos, pero al mismo tiempo las instituciones de salud, dentro del esquema de cumplir ciertos objetivos de acuerdo a los programas de acción sectoriales, han incurrido en imposiciones y falta de atención humanizada hacia la población usuaria. Esto ha sido identificado principalmente por organizaciones no gubernamentales, que enarbolan las líneas inherentes a la salud reproductiva, y han manifestado sus reclamos y demandas hacia el sector salud. Otra limitante para la satisfacción de los métodos anticonceptivos es la que se relaciona con los trabajadores de la salud dedicados a la prestación del servicio, pues se ha identificado que "se encuentran sujetos a una normatividad que utiliza "...procedimientos de cooptación, (implantando) mecanismos de persuasión y (cumpliendo) con cuotas implícitas de usuarias...". Así, la labor de dichos trabajadores está orientada no por las necesidades de las mujeres y parejas sino por los requerimientos de la política de población y su instrumentación mediante programas de planificación familiar." <sup>133</sup> Asimismo y como se ha puntualizado no se registran dentro de las instituciones de salud amplitud en las opciones para elegir otro tipo de métodos anticonceptivos que no sean los especificados por la institución pues argumentan que son más eficientes que otros, pues se han dedicado a promover métodos moderno en lugar del uso de los métodos calificados como tradicionales o los métodos locales, al margen de que sean solicitados por la población. <sup>134</sup> Existen dificultades en la relación entre la población usuaria y los prestadores de servicios de salud, pues se ha identificado situaciones en que el prestador del servicio pareciera estar decidiendo por la población, además de que le proporciona información sesgada y manipulada. A lo largo de 1993 el Fondo de Población de las Naciones Unidas llevó a cabo dos visitas de evaluación a los programas apoyados en México en ese momento y confirmó la presión por parte del prestador de servicios de salud en el ofrecimiento de los métodos, así como un descuido de las necesidades de la población. En esta misma encuesta las aceptantes de dispositivo intrauterino reconocieron que para cerca de una quinta parte de ellas no fue su decisión, sino fue una cuestión unilateral por parte de los prestadores de servicios. La postura de los prestadores de servicios es muy clara en el sentido de que se reconoce que no ofrecen una amplia variedad de métodos por el contrario indican que "si se

---

<sup>133</sup> *Ibidem*, p.22

<sup>134</sup> *Idem*

diera la información completa, la población ya no optaría por ese método", que "si se ampliara la gama de opciones es probable que ya no regresen y que cambien de opinión", que "si no se operan las mujeres al momento del parto - algo no recomendado por algunos organismos internacionales- (LPPF 1981, Pathfinder 1984) ya no regresan", que "los elementos de evaluación institucional son fuertes presiones para el ofrecimiento de métodos" <sup>135</sup> Según la experiencia y de acuerdo a lo anterior la información anticonceptiva es ofrecida de acuerdo a las preferencias del prestador de servicios, al punto de llegar a persuadir a las mujeres a utilizar sólo ciertos tipos como son el DIU y la OTB, además que evidentemente no consideran la opinión de las personas usuarias así como las posibles dudas y situación de desconfianza que les pudiera acarrear. Por el contrario la vertiente de los prestadores se dirige hacia el cumplimiento per se de las metas de implementación al mayor porcentaje de usuarias lo que refleja que la institución presta sus servicios de manera eficaz y en el corto plazo, sin reparar en las necesidades particulares de la población.

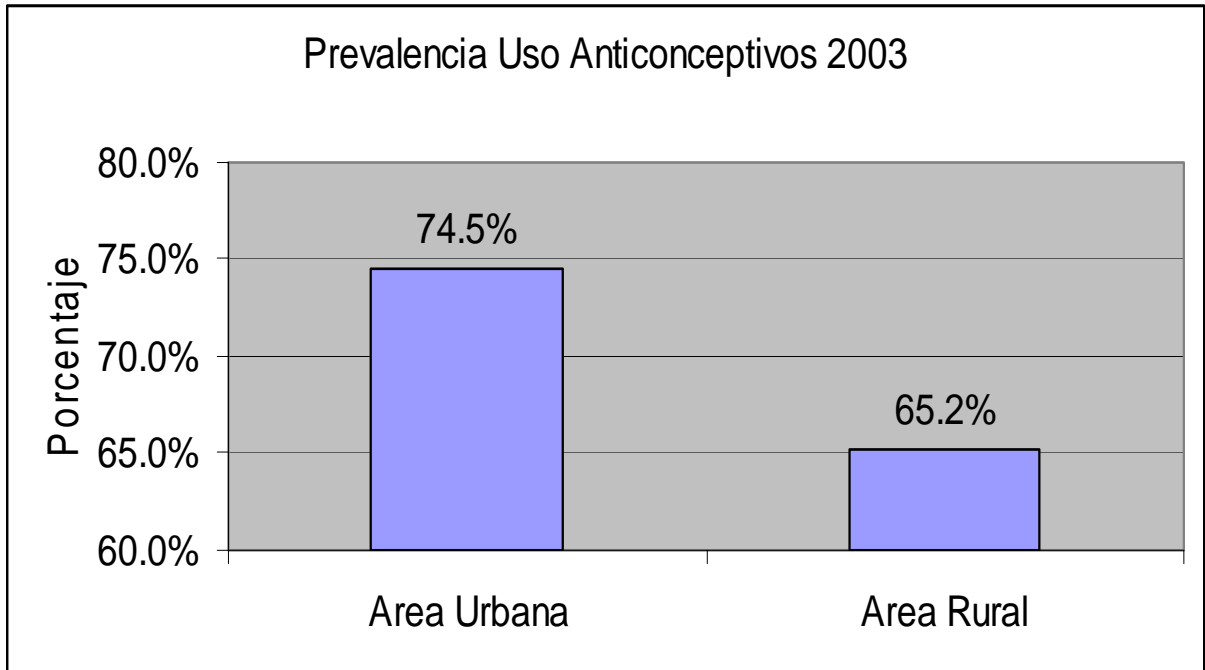
#### Demanda de anticonceptivos

| <i>Concepto</i>  | <i>Cifra</i> | <i>Fecha</i> |
|--|--------------|--------------|
| Demanda total de anticonceptivos (incluye necesidad satisfecha e insatisfecha) entre las mujeres unidas en edad fértil | 80.6%        | 1997         |
| Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos (MEFU)   | 68.5%        | 1997         |
| Demanda insatisfecha total de métodos anticonceptivos (MEFU)   | 12.1%        | 1997         |
| Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres indígenas  | 25.8%        | 1997         |
| Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres que residen en localidades rurales                   | 22.2%        | 1997         |
| Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres sin escolaridad                                      | 21.8%        | 1997         |
| Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas de 15 a 19 años de edad                       | 26.7%        | 1997         |

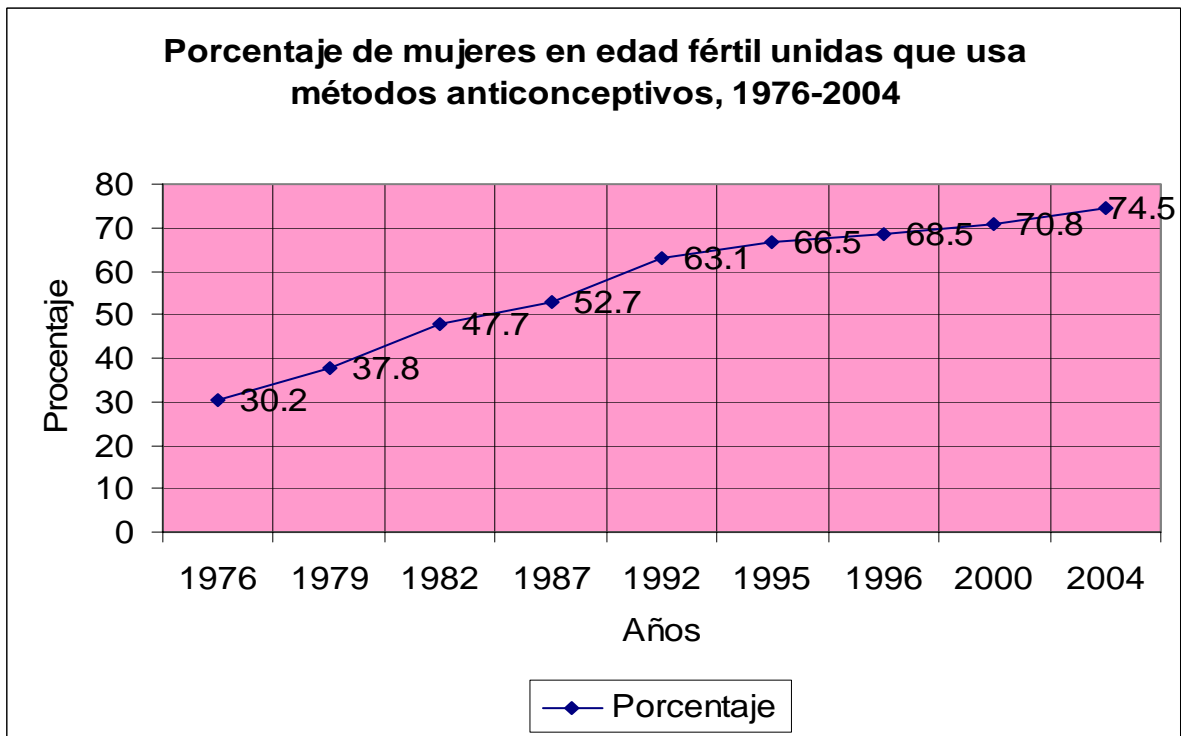
Fuente: Consejo Nacional de Población. Cuadernos de Salud Reproductiva. 2000

<sup>135</sup> Idem





Fuente: elaboración propia con base en los datos del CONAPO y el informe salud 2004 de la SS



Fuente: elaboración propia con base en los datos del CONAPO y el informe salud 2004 de la SS

Por lo que se puede establecer, de acuerdo a todo lo anterior, que las principales limitantes para la satisfacción en la demanda de métodos anticonceptivos son:

- o Falta de servicios accesibles y escasez de equipo, productos y personal;
- o Falta de opciones entre distintos métodos, apropiados a la situación de la mujer y su familia;
- o Falta de conocimientos acerca de la seguridad, la eficacia y la disponibilidad de opciones;
- o Deficiente interacción entre pacientes y proveedores de servicios;
- o Falta de apoyo por parte de la comunidad o del cónyuge;
- o Informaciones erróneas y rumores;
- o Efectos secundarios de algunos métodos y seguimiento insuficiente para promover un cambio de métodos o asegurar que la utilización y la dosis sean correctas;
- o Limitaciones financieras.<sup>136</sup>

### 3.4. Embarazo Adolescente

El sector de los jóvenes resulta de peculiar importancia con relación a los problemas de salud reproductiva ante la falta de métodos temporales, las deficientes condiciones de privacidad, la carencia de garantías de confidencialidad, y la falta de sensibilidad de los encargados de ofrecer servicios con respeto a las perspectivas de los jóvenes. La población adolescente es uno de los sectores más sensibles por la vulnerabilidad en la que se encuentran frente a los problemas derivados de la falta de atención en salud reproductiva. En el programa de acción de El Cairo se estableció que "se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios, con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable..."<sup>137</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, la etapa que abarca de los 10 a los 19 años. Sin embargo, las encuestas, las investigaciones y los servicios suelen considerar como adolescentes a los que tienen entre 15 y 19 años de edad.

---

<sup>136</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. op. cit., p. 40

<sup>137</sup> Ibid. Párrafo 7.3.

### 3.4.1. Causas del embarazo adolescente

Sobre este particular, destaca la situación de las personas que no habían elegido embarazarse y particularmente del segmento de la población adolescente donde es muy alto el índice de carencia en la utilización de algún tipo de método anticonceptivo, lo que demuestra la falta de difusión y consentimiento hacia los adolescentes en el inicio de su etapa reproductiva, lo que va de la mano con el surgimiento de otros problemas. Al respecto y como un tema que también es rescatado por la comunidad internacional se establece que los jóvenes carecen de información adecuada "ya que entre 35 y 52 por ciento de embarazos en adolescentes no son planeados, lo cual implica que 'un tercio de las mujeres jóvenes se embarazan antes de cumplir 20 años, es decir, entre 15 y 25 por ciento de nacimientos en la región son de madres adolescentes' " <sup>138</sup> Las estadísticas oficiales indican que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos en madres adolescentes de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1% por mil mujeres en este grupo de edad. Aunque se ha verificado una reducción del 10% de nacimientos en esa población la incidencia del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en planificación familiar. Pero destaca el incremento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes unidas, con un 30% en 1987 a 48.8% en el año 2000; "no obstante este incremento, continúa siendo el más bajo con respecto a los otros grupos de edad, significativamente menor en comparación con el total de las mujeres unidas." <sup>139</sup> Se reconoce que aproximadamente el 22 por ciento de todos los nacimientos en el país son de madres adolescentes. Se sabe que el principal factor de riesgo en el embarazo adolescente es la falta de control perinatal, mismo que se puede prevenir hasta lograr un descenso del 80% los riesgos de muerte materna y neonatal. Sin embargo, la coordinación de la Clínica para la Paciente Adolescente del Instituto Nacional de Perinatología (Inper) ha registrado que en su mayoría, las pacientes atendidas en la clínica llegan en el segundo o tercer trimestre del embarazo, a consecuencia de los problemas de rechazo familiar. Asimismo son casos en las que el adulto no hizo uso de algún anticonceptivo o de protección ante enfermedades de transmisión sexual, "ya que al menos cinco por ciento de las

---

<sup>138</sup> La Jornada. 8-marzo-05 "Pirricos avances en salud, derechos y enseñanza para el sector femenino". Andrés Morales, Carlos Camacho, Rubén Villalpando, Antonio Heras y Erika Arriaga, corresponsables; Carolina Gómez y Laura Poy, reporteras.

<sup>139</sup> Secretaría de Salud. **El Derecho a la libre decisión en salud reproductiva**. Dirección General de Salud Reproductiva. México, 2002. p.13

pacientes con VIH/Sida atendidas en el Inper son adolescentes (...)a pesar de que no hubo violencia física sí existió coerción psicológica, moral e inclusive familiar, que es otra forma de violencia que no podemos soslayar".<sup>140</sup> El inicio temprano de la actividad sexual es un factor de riesgo ante el limitado acceso a información que afecta incluso a la población infantil, con enfermedades de transmisión sexual y problemas como el embarazo adolescente y no deseado, que se convierten en asuntos de salud pública. Con base en el 2do Estudio en cien ciudades de niñas, niños y adolescentes trabajadores elaborado por el DIF, se entrevistó a grupos de entre los 12 y 17 años de edad. Se identificó que:

...el grupo de niñas y niños que tienen sus primeras relaciones sexuales en esas edades representa el 55.6% del total de quienes iniciaron su actividad sexual entre los 12 y los 17 años. Es particularmente a los 15 años donde se concreta la mayoría de los casos; 30.6% del total. Las niñas tienden a retrasar más que los niños su incursión en la actividad sexual; mientras que el 26.6% de los niños tiene relaciones sexuales entre los 12 y 13 años, sólo el 21.4% de las niñas dice tener sus primeras relaciones en esas mismas edades. Esta evidencia se confirma al observar que sólo el 3.1% de los niños comienza a tener actividad sexual hasta los 17 años, mientras que éste es el caso de 7.4% de las niñas.<sup>141</sup>

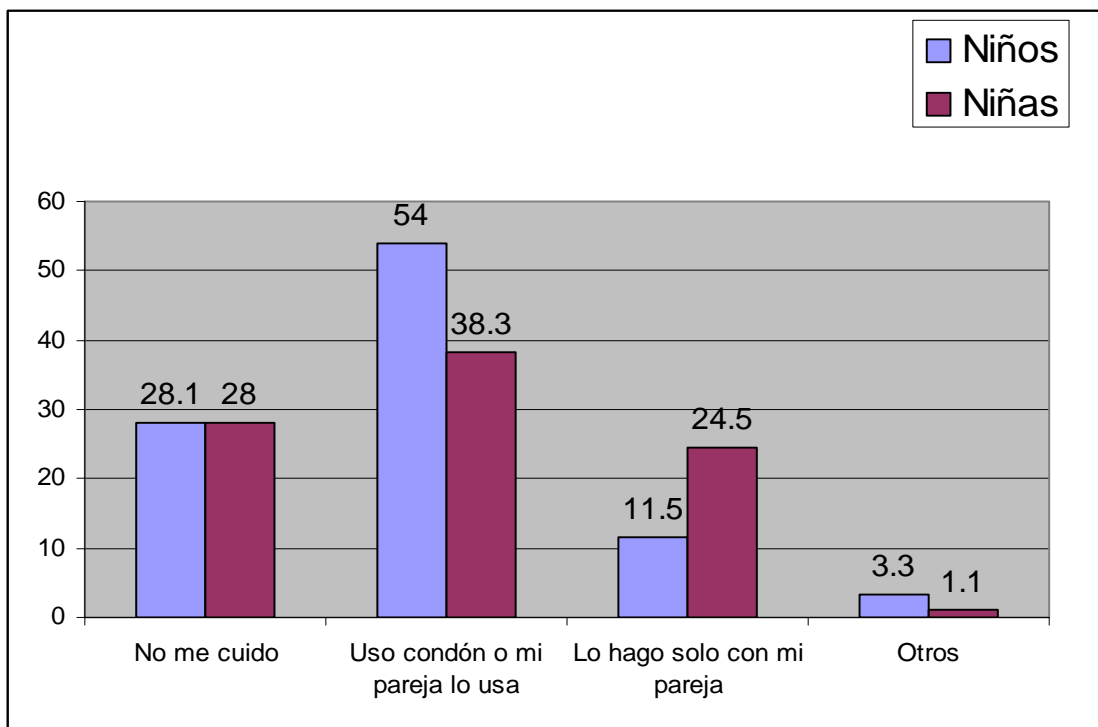
Es relevante que la vulnerabilidad del adolescente ante los riesgos de una mala educación sexual es un problema en sí mismo, pero lo es más aún con los niños, pues se realizan en condiciones que pueden tener repercusiones negativas: mayor riesgo de embarazos no deseados, de enfermedades de transmisión sexual y de violencia sexual.

---

<sup>140</sup> La Jornada. 8-marzo-05 . "De adolescentes, 22% de partos en el país: instituto de perinatología. Laura Poy Solano.

<sup>141</sup> Informe Ejecutivo 2do. Estudio en cien ciudades de niñas, niños y adolescentes trabajadores México, 2002-2003. Dif. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia-UNICEF. Abril de 2004p.50

En la siguiente gráfica, respecto a la prevención existe una proporción casi idéntica entre niños y niñas que no hacen uso de ningún método de protección; uno de cada tres (28.1% en niños y 28% en niñas). En primer lugar, destaca que las niñas usan menos el condón que los niños, 54% y 38.3% respectivamente, como método de prevención de ETS. Y en segundo lugar, resalta que una mayor proporción de niñas opta por el apego a una sola pareja (24.5%), en comparación con los niños (11.5%).<sup>142</sup>



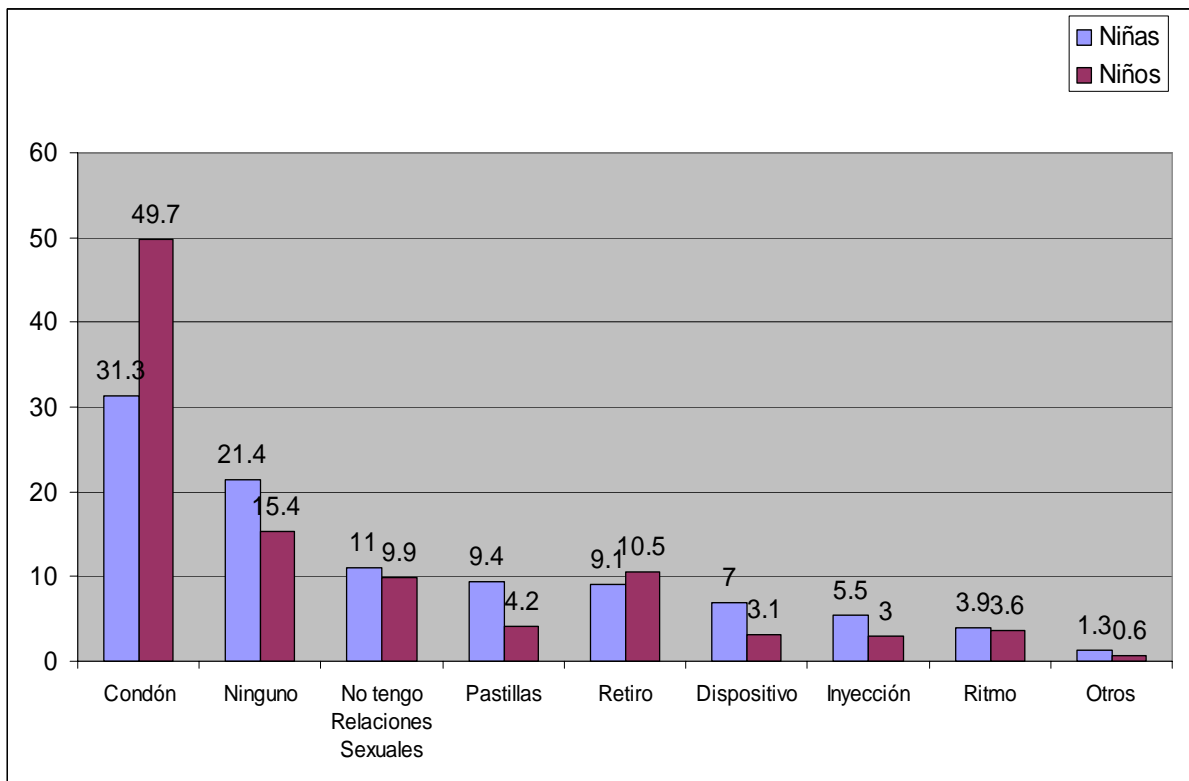
**Fuente: Informe Ejecutivo 2do. Estudio en cien ciudades de niñas, niños y adolescentes trabajadores México, 2002-2003. Dif. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia-UNICEF. Abril de 2004**

Los principales métodos anticonceptivos como son el condón, las pastillas, el retiro, el dispositivo, la inyección y el ritmo, son utilizados en México, sin embargo en lo que a población adolescente se refiere, el 21.4 de mujeres no se protegen, al igual que 15.4 de los varones de 12 a 17 años. "Si se agrupan los casos en que los métodos son poco confiables (retiro y ritmo) con la falta de protección, los porcentajes se elevan a 34.4 y 29.5 por ciento, respectivamente. Ello indica 'que los embarazos no deseados, el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y el

<sup>142</sup> Ibídem, p.51

ejercicio de la sexualidad en condiciones de vulnerabilidad forman parte del escenario de la infancia trabajadora en las ciudades".<sup>143</sup>

**Métodos utilizados para prevenir el embarazo, por sexo de 12 a 17 años (%)**



**Fuente: Informe Ejecutivo 2do. Estudio en cien ciudades de niñas, niños y adolescentes trabajadores México, 2002-2003. Dif. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia-UNICEF. Abril de 2004**

El estudio refleja el alto riesgo frente al que se encuentran las niñas adolescentes ante un embarazo no deseado así como a contraer enfermedades de transmisión sexual, por realizar su sexualidad en condiciones de vulnerabilidad dentro del escenario que conforma la infancia trabajadora en las ciudades. Las principales causas fueron la falta de información y desconocimiento de los tipos de método, la ubicación de los sitios de distribución, además de no haber planeado el contacto sexual.

<sup>143</sup> La Jornada. 12-enero-05. "Niños de la calle, propensos a males de transmisión sexual". Alma E. Muñoz Rojas.

### 3.4.2. Consecuencias del embarazo adolescente

Esta situación trae consigo situaciones específicas como la vulnerabilidad frente a complicaciones asociadas con la práctica sexual por falta de información adecuada, la ignorancia del amplio riesgo de las enfermedades venéreas que pueden contraer, la exposición a embarazos no deseados que a su vez repercuten en problemas de tipo familiar como el abandono así como una carencia en atención profesional durante el período de gestación lo que puede incurrir en futuras muertes maternas. Pero también es necesario llamar la atención sobre las consecuencias a largo plazo del embarazo adolescente sobre los roles alternativos de la mujer y su estatus económico en la sociedad. Los derechos reproductivos de las mujeres adolescentes se ubican en una situación de vulnerabilidad porque las adolescentes suelen estar más sometidas a la coerción en las relaciones sexuales lo que ocasiona que la actividad sexual sin protección sean más perjudiciales para las mujeres que para sus compañeros varones; ejemplo de ello es que las mujeres adolescentes, muchas de las ocasiones, interrumpen su educación debido a una maternidad temprana. Eso tiene consecuencias en su condición social y económica en su vida futura. Además las mujeres adolescentes carecen de madurez fisiológica suficiente que les permita tener una maternidad temprana, lo que ocasiona altos niveles de mortalidad y morbilidad maternas. Los riesgos de la maternidad temprana incluyen hemorragia, anemia, desnutrición, parto retardado u obstruido, bajo peso al nacimiento y muerte de la madre y/o del hijo. Las adolescentes jóvenes tienen cuatro veces más posibilidades que las mujeres de más de 20 años de morir por causas relacionadas con el embarazo. Por estos motivos es importante la disminución de los riesgos de salud y la postergación del embarazo pues trae consigo beneficios socioeconómicos. Una mujer joven que retarda el embarazo tiene mejores oportunidades de fomentar su educación, adquiriendo habilidades y conocimientos que le permitirán cuidar mejor de sí misma y de su futura familia. Las principales investigaciones entorno al embarazo adolescente se han concentrado en la revisión de las complicaciones médicas durante el embarazo, causas psicosociales y consecuencias de la fertilidad adolescente, así como los cambios demográficos a través del tiempo y las consecuencias sobre el desarrollo de los hijos. La teoría indica que los embarazos adolescentes se propician dentro de un contexto de pobreza que para las madres, a futuro representan consecuencias de tipo económico y social fomentando el círculo generacional, pues como se puede observar “la repetición intergeneracional del embarazo adolescente puede ser un mecanismo intermediario en la

reproducción intergeneracional de la pobreza”<sup>144</sup> En algunos trabajos se corrobora que estas características socioeconómicas afectan el riesgo de embarazo al no contar con un sustento jurídico que vea por la prevención así como por las características culturales y sociales en donde se encuentran. Por ejemplo, un contexto de privaciones económicas puede imponer desventajas a las madres adolescentes a través de una baja escolaridad y capacitación para el trabajo, asimismo las mujeres que fueron madres en la adolescencia tiene mayores probabilidades que sus propias hijas también sean madres adolescentes. Una situación de bajos recursos económicos durante la maternidad adolescente puede determinar las posibilidades de movilidad social de las hijas, lo que impediría el desarrollo a través de otros caminos como el ingreso al sistema educativo. “Si la mujer y su familia padecen las restricciones económicas de su grupo social y las que suma el embarazo adolescente (muchos hijos, inestabilidad de pareja, dependencia familiar, etc), las condiciones de desarrollo para la tercera generación representan nuevos obstáculos para romper el ciclo de pobreza.”<sup>145</sup> Además no son solo los aspectos fisiológicos sino que el contexto social que se vislumbra para la mujer adolescente que se encuentra embarazada se reducen a solo tres opciones: “unirse en matrimonio para legitimar el nacimiento de su hijo, tener al nuevo bebé sin casarse o abortar.”<sup>146</sup> Por ello en México y contrario a otros países, el aborto no es una opción que se encuentre legitimada por lo que la mayor parte de las jóvenes embarazadas “inician su vida conyugal mediante una unión consensual, en las condiciones desventajosas que supone un embarazo prenupcial, o permanecen durante un largo período como madres solteras.”<sup>147</sup>

---

<sup>144</sup> Javier Alatorre Rico y Lucile C. Taquín. “El embarazo adolescente y la pobreza”, en Bonfil, Paloma y Vania Salles (eds) **Mujeres pobres: Salud y trabajo**. México: Gimtrap, 1998, p.p.13-30

<sup>145</sup> *Ibíd*em

<sup>146</sup> Carlos Welti. “Problema cultural y de salud”, en DEMOS, **La Fecundidad de los adolescentes en México**.

<sup>147</sup> *Ibíd*em.



### 3.5. Infecciones de Transmisión Sexual

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) empezaron a tomar importancia a partir de que se detectaron que son fuente de otro tipo de implicaciones que ocasionan un aumento en la carga de demanda hacia los servicios de salud y tienen que ver directamente con la atención en salud reproductiva. Anteriormente las ETS eran consideradas enfermedades agudas, cuyas principales manifestaciones eran el flujo vaginal y las úlceras genitales. Sin embargo hoy en día entre 10% y 40% de las mujeres con infecciones por *Chlamydia Trachomatis* o gonococo,<sup>148</sup> que no reciben tratamiento adecuado desarrollarán los síntomas de una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), y una cuarta parte de ellas quedará infértil. El virus del papiloma humano, otro agente que causa infecciones del tracto genital, está asociado con el cáncer cervicouterino lo que ha provocado en considerarla como una enfermedad de transmisión sexual ya que pueden existir hasta 100 tipos. Algunas tienen mayor riesgo de generar cáncer cérvico uterino. En México mueren más de “4 mil 500 mujeres al año por cáncer cérvico uterino, es decir, cada dos horas fallece una debido al padecimiento, del cual en el ISSSTE se detectan cada año unos 17 mil nuevos casos.”<sup>149</sup> Además las ETS se asocian con resultados adversos del embarazo como la muerte fetal, el bajo peso al nacer y las infecciones congénitas o perinatales. Todas estas complicaciones de las ETS propician que los gobiernos tengan que poner mayor énfasis en el gasto del erario para la solución de las enfermedades y más aún en sitios donde las condiciones socioeconómicas disparan éste factor, es decir, dentro de los países en vías de desarrollo ya que “...en las mujeres embarazadas pobres, la gonorrea es de diez a quince veces más frecuente que en las de buen nivel socioeconómico; la infección por *Chlamydia* es de dos a tres veces más prevalente, y la sífilis es de diez a cien veces más común en mujeres de países en desarrollo que en las de los países industrializados.”<sup>150</sup>

---

<sup>148</sup> *Chlamydia Trachomatis* o gonococo: es una bacteria gramnegativa patógena, transmitida frecuentemente por vía sexual. Las infecciones se caracterizan por la presencia de uretritis o cervicitis, y son más comunes en adultos jóvenes, especialmente entre aquellos en condiciones socioeconómicas bajas y entre mujeres con múltiples compañeros sexuales.

<sup>149</sup> La Jornada. 20-diciembre-04. “Al año, más de 4,500 muertes por cáncer cérvico uterino. Carolina Gómez.

<sup>150</sup> Ana Langer, Kathryn Tolbert, y Mariana Romero, “Las enfermedades de transmisión sexual como problema de salud pública: Situación actual y prioridades de investigación”, en Langer, A. Y K. Tolbert (eds) **Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México**.

Incidencia de las principales Enfermedades de Transmisión Sexual, 1990-1994

| Causa                  | 1990   |        | 1992    |        | 1994    |        |
|------------------------|--------|--------|---------|--------|---------|--------|
|                        | Casos  | Tasa   | Casos   | Tasa   | Casos   | Tasa   |
| Candidiasis urogenital | 72,718 | 84.77  | 91,850  | 105.85 | 123,341 | 136.79 |
| Tricomonas urogenital  | 94,226 | 109.84 | 103,304 | 119.05 | 106,471 | 118.08 |
| Infección gonocócica   | 19,870 | 23.16  | 19,609  | 22.60  | 24,085  | 26.71  |
| Herpes genital         | 2,927  | 3.41   | 3,004   | 3.46   | 5,978   | 6.63   |
| Sífilis adquirida      | 3,685  | 4.30   | 2,553   | 2.94   | 1,991   | 2.21   |
| Chancro blando         | 766    | 0.89   | 638     | 0.74   | 665     | 0.74   |
| Linfogranuloma venéreo | 242    | 0.28   | 243     | 0.28   | 265     | 0.29   |
| Sífilis congénita      | 71     | -----  | 55      | -----  | 27      | -----  |

Fuente: SSA-Dirección General de Epidemiología, Revista SIDA/ETS, 1995

Todas estas enfermedades se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial por ello la preocupación de diversas instituciones de salud y civiles en el tema. Se estima que ocurren unos 340 millones de nuevos casos de ITS cada año, los cuales se encuentran entre las 10 primeras causas de morbilidad, y son las mujeres quienes corren mayor riesgo de infección respecto a los hombres, además de que en ellas es mucho más difícil la detección, pues alrededor de 70 por ciento de las que padecen alguna infección no presentan síntomas, en comparación con 10 por ciento de los hombres que experimentan la misma situación.

Las principales lesiones que se producen son en la mucosa de los órganos genitales, como la sífilis; las que generan úlceras, como el herpes genital, o inflamación, como la clamidia y la gonorrea, propician que el virus del Sida ingrese en el organismo con mayor facilidad. De acuerdo con datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en:

2001 la tasa (por cada 100 mil habitantes) nacional de incidencia de infección por virus del papiloma humano (13 mil 802 casos) fue de 13.7; en 2002 hubo 16 mil 548 casos, con lo que subió a 16.2 y en 2003 se registraron 18 mil 993, por lo que la tasa fue de 18.2. En sífilis adquirida hubo mil 876 casos en 2001; al año siguiente, 2 mil 256, y en 2003 bajó levemente a 2 mil 219, mientras que en herpes genital mostró alzas y descensos abruptos: en 2001 hubo 6 mil 784 casos; al año siguiente, 7

mil 596, y 3 mil 7 en 2003. En siete de las principales ITS ocurrieron 26 mil 330 casos en 2001, al siguiente año, 27 mil 943, y en 2003 la cifra descendió nuevamente a 26 mil 308.<sup>151</sup>

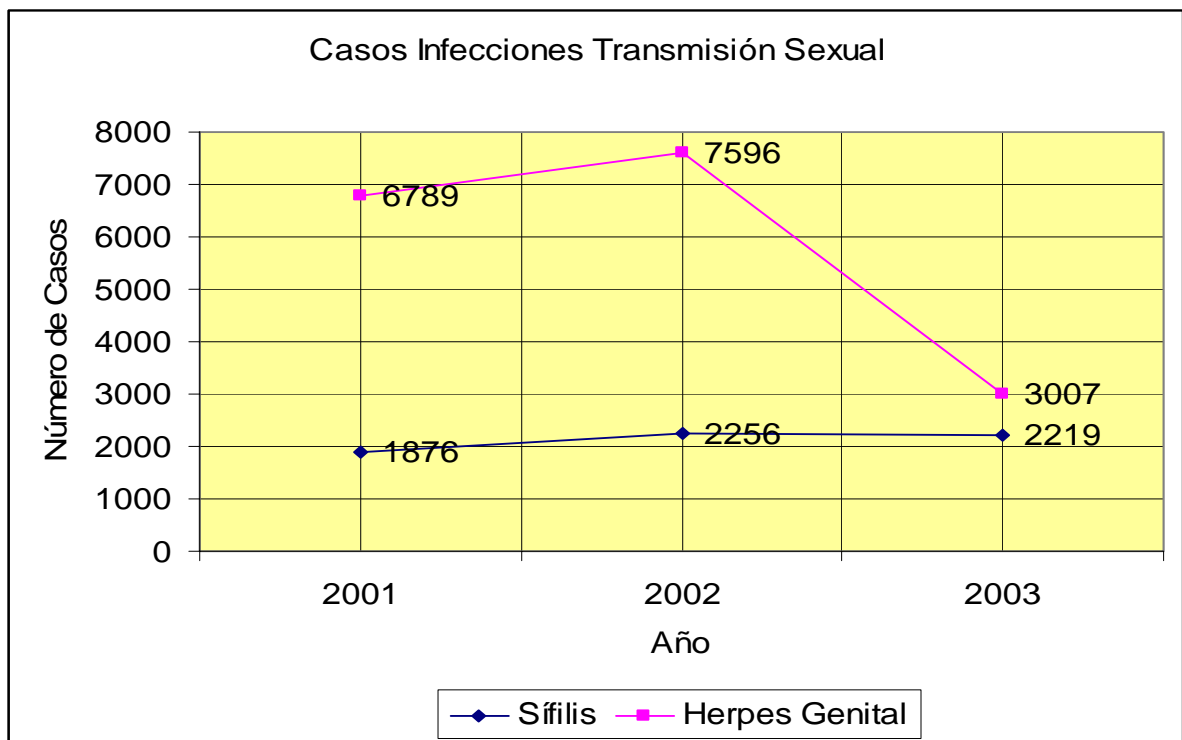
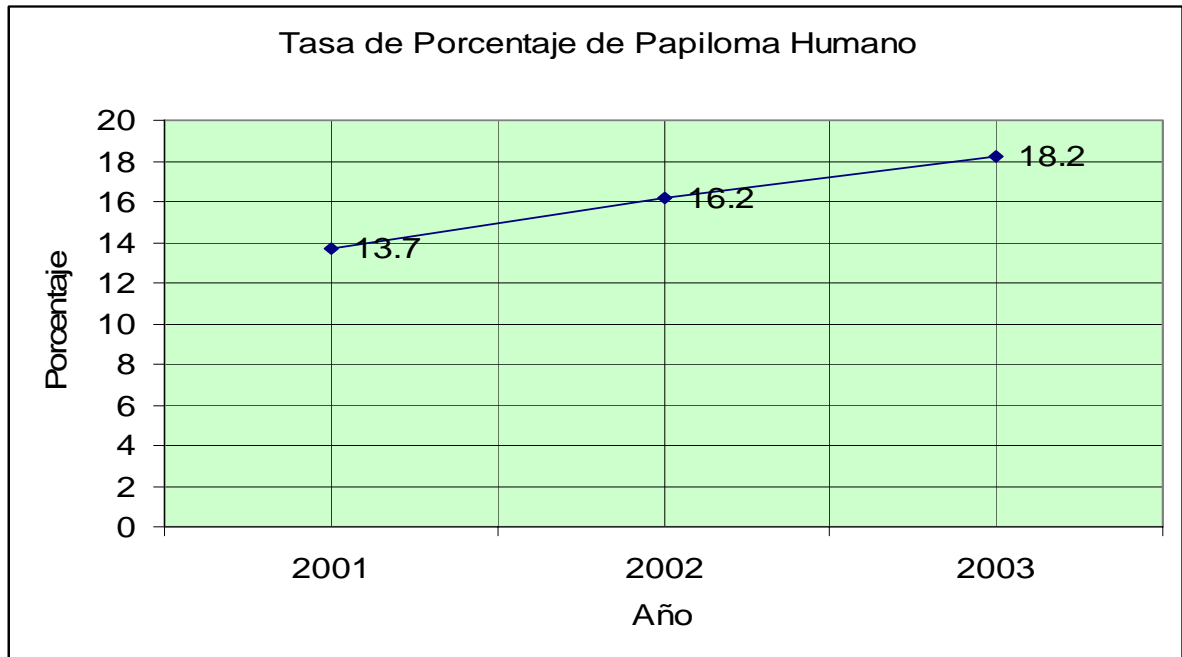
Una inadecuada elección en el método de planificación familiar puede ser considerado como una causante del contagio de una enfermedad de transmisión sexual, debido a que algunas mujeres que padecen ETS han llegado a interpretar los síntomas de la infección como “efectos secundarios de los anticonceptivos o atribuir la infertilidad secundaria a la infección, o a la utilización de métodos de planificación familiar.”<sup>152</sup> Asimismo la combinación de factores biológicos, culturales y económicos es el detonante para que las mujeres estén expuestas, dentro de un esquema de vulnerabilidad, al contagio de ETS y del sida en particular por las prácticas fuera del matrimonio de sus parejas. “En el plano biológico, la probabilidad de que por cada relación heterosexual un hombre transmita una infección a una mujer es dos veces más alta que en el caso opuesto, de la mujer al hombre.”<sup>153</sup> Además debemos agregar otras condiciones para la vulnerabilidad al contagio y son las que tienen que ver con el conocimiento y creencias que tienen las propias mujeres respecto a su cuerpo y salud, que en muchos casos se encuentran bajo la influencia de las tradiciones familiares, religiosas y culturales; y por otro lado, este mismo contexto las sitúa en una posición desventajosa frente a una posible negociación sexual. Esto manifiesta un problema para el sector femenino, de ahí que la salud reproductiva deba manejarse considerando estas adversidades. En los países en desarrollo, las posibilidades que tiene la mujer para decidir sobre su vida sexual son con frecuencia limitadas. Al mismo tiempo, enfrenta situaciones muy difíciles de manejar como son el comportamiento sexual de su pareja el que las expone al riesgo, principalmente en los países en vías de desarrollo por las características culturales que predominan respecto a la pareja. Pero el problema de las Infecciones de Transmisión Sexual no es privativo sólo de algunos países, por el contrario la identificación del problema abarca a todo el mundo, de ahí que los organismos internacionales promuevan el concepto integral de salud reproductiva, pues las estadísticas son contundentes: “Las ITS que no han recibido tratamiento son una de las principales causas de infecundidad, la cual afecta a entre 60 millones y 80 millones de parejas en todo el mundo.”<sup>154</sup>

---

<sup>151</sup> La Jornada. 5-enero-05. “Infecciones de transmisión sexual, puerta de entrada al sida, advierte experto de la OPS”. Carolina Gómez Mena.

<sup>152</sup> Ana Langer, Kathryn Tolbert, y Mariana Romero, ob. cit.,

<sup>153</sup> *Ibidem*



Fuente de ambas gráficas: elaboración propia con base en los datos de La Jornada. 5-enero-05.  
"Infecciones de transmisión sexual, puerta de entrada al sida, advierte experto de la OPS".  
Carolina Gómez Mena

<sup>154</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. op. cit., p. 41

### 3.6. VIH-Sida

Una de las Infecciones de Transmisión Sexual que más relevancia tiene es la del VIH-SIDA, pues aunque cualquier otro tipo de ITS guarda sus propios riesgos y consecuencias, el VIH-SIDA por su carácter incurable y sus daños llegan al aspecto socioeconómico de quien lo padece, se explicará con mayor detalle con relación a otras. Además, entre otros factores, su contagio se produce por falta de información en el uso de métodos de protección, también por los casos de coerción física y psicológica del varón sobre la mujer, mismos que son aspectos que aborda la salud reproductiva. En el año de 1999 se habían registrado más de 38,000 casos de SIDA pero por deficiencias en el sistema de registro en realidad se consideró que en el país existían de alrededor de 59,00. Se calcula que el número de personas seropositivas rebasa los 183,000, pero ha sido un rasgo importante de la evolución del SIDA en México, "su incremento de casos en las áreas rurales, tendencia fuertemente asociada con antecedentes migratorios a los Estados Unidos."<sup>155</sup> En el 2004 existían 90 mil 43 casos de sida, de los cuales 84 por ciento son hombres y 15 por ciento mujeres. Estimaciones oficiales señalan que, además, existen unos 160 mil portadores del VIH/sida, la mayoría de los cuales lo desconoce. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) informó que entre 1992 y 2004 se recibieron 632 quejas relacionadas con enfermos portadores de ese virus, destacándose algunas entidades como son el Distrito Federal con el 45.6 por ciento; el segundo sitio lo detenta Jalisco con el 7.6%, y el tercero es el estado de México con el 6.3 por ciento. Establece que entre las instituciones con mayor frecuencia en el número de quejas por la violación de los derechos humanos de los enfermos de sida sobresalen el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que acumula 60.8 por ciento de las quejas atendidas por esta comisión al llegar a 384. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado aparece en el segundo sitio con 15.2 por ciento, que representa 96 quejas, y el tercer lugar lo ocupan las penitenciarias y los centros de readaptación social con 9.3 por ciento (59). La Secretaría de Salud ocupa el cuarto sitio con 47 quejas, mientras las secretarías de la Defensa Nacional y de Marina están en el quinto con 24.<sup>156</sup>

---

<sup>155</sup> Informe Institucional sobre el Módulo III La mujer y la Salud" (SSA/DGSR) y Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe México 1999 (CONAPO), p. 84

<sup>156</sup> La Jornada. 28-diciembre-04. "El IMSS acumula 60.8% de quejas de enfermos de sida en 12 años: CNDH". Victor Ballinas.

La transmisión sexual es la principal vía de transmisión causando el 90.8 por ciento de los contagios, mientras que el 6.9 por ciento del total de casos acumulados de SIDA se han originado ir vía sanguínea.<sup>157</sup> El 50% de los casos de mujeres menores de 15 años es a través de la transmisión perinatal. En este sentido las mujeres son las que tiene tienen el doble de probabilidades de contraer el Sida, debido a factores biológicos y culturales pues los datos indican que en la actualidad, de los 37.2 millones de adultos de entre 15 y 49 años afectados por el mal casi la mitad son mujeres. Las razones biológicas que inciden en el contagio en mujeres destacan la "mayor cantidad de VIH en el semen que en las secreciones vaginales, el epitelio de la vagina es también más frágil, por lo que hay mayor facilidad para la entrada del virus, y lo es más aún en las mujeres muy jóvenes, las cuales tienen tres veces más posibilidades de contagio porque el revestimiento del cuello uterino no está totalmente desarrollado. Además la respuesta inmune de ellas es menos potente y eficaz".<sup>158</sup> Con relación a una declaración del titular de la Secretaría de Salud, "el machismo constituye en México un factor de incidencia en el contagio del VIH-sida y es una actitud arraigada entre la población masculina que se debe combatir para atacar la propagación del mal."<sup>159</sup> La Organización de Naciones Unidas señaló que el número de adultos y niños que viven con VIH "alcanzó 39.4 millones en 2004, en comparación con los 35 millones que se contabilizaban hasta 2001"; por lo que diversas agencias de la Organización de las Naciones Unidas reclame acciones urgentes en virtud de que se han incrementado los casos en América Latina, "cuya cifra pasó de 520 mil a 610 mil y en el Caribe de 190 mil a 210 mil, entre fines de 2002 y 2004."<sup>160</sup>

### 3.7. Problemas derivados de la inequidad de género

La discriminación contra el sexo femenino es una situación que histórica y culturalmente ha causado una serie de afectaciones de tipo físico y emocional a las mujeres dificultando el goce de sus derechos fundamentales, entre ellos, los reproductivos. México es uno de los países donde la

---

<sup>157</sup> Presidencia de la República. **Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005**. p.32

<sup>158</sup> La Jornada. 29-noviembre-04. "Las mujeres, biológica y socialmente más vulnerables al sida, revela la OMS". Carolina Gómez Mena.

<sup>159</sup> La Jornada. 23-noviembre-04. "El machismo, factor de incidencia en el contagio del sida en México: Ssa". Angelica Enciso L.

<sup>160</sup> La Jornada. 1-diciembre-04. "El Vaticano pide a los países ricos más ayuda para el combate del VIH". Reuters, Afp y Dpa.

discriminación de género es muy alta pues algunos datos señalan que 47 de cada 100 mujeres mayores de 15 años que conviven con su pareja en el hogar sufren algún tipo de violencia emocional, económica, física o sexual por su compañero o esposo, según datos ofrecidos por el INEGI; pero además la violencia hacia los hijos se incrementa en parejas donde las mujeres sufren violencia física o sexual: "57 de cada 100 mujeres que sufren violencia física y 49 de cada 100 que padecen agresiones sexuales de su pareja o esposo son agentes generadores de violencia en contra sus hijos." <sup>161</sup> Estos datos señalan que el principal acto de discriminación de género es el relativo a la violencia de la pareja, destacando la física y sexual; asimismo se convierte en un círculo al interior de la familia pues en caso de tener hijos éstos reciben la misma serie de maltratos físico y/o psicológicos por parte de alguno o ambos padres. Esto trae consigo que los propios hijos reciban situaciones emocionales negativas que inciden en su desempeño escolar, en sus relaciones con otras personas, etc, particularmente dentro de esferas de pobreza donde existe mayor vulnerabilidad de ingresar dentro de un contexto hostil y sin el control familiar. Al respecto el gobierno mexicano reconoce la magnitud del problema y establece que "la violencia contra las mujeres es un asunto público pues "en las sociedades democráticas, la discriminación es inadmisibles y la violencia es un delito", <sup>162</sup> según declaró el presidente Vicente Fox en el marco del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. En un plano internacional el secretario general de la ONU, Kofi Annan destacó que "la violencia contra las mujeres representa un fenómeno global que se manifiesta 'en todas las sociedades y culturas, cualquiera que sea la raza o el origen social', y pidió hacer del tema 'una de las principales prioridades para la comunidad internacional'". <sup>163</sup> También la OMS indica que en algunos países, "69 por ciento de las mujeres reportan haber sido víctimas de agresiones físicas y 47 por ciento admite haber sufrido una iniciación sexual forzada." <sup>164</sup> La ley en México protege y garantiza la igualdad de hombres y mujeres en su artículo cuarto constitucional, sin embargo no explica que la decisión acerca del número de hijos concierne a ambos. Pues como lo señala Figueroa la misma reproducción es punto

---

<sup>161</sup> La Jornada. 25-noviembre-04. "Casi la mitad de las mujeres es víctima de violencia doméstica". Roberto González Amador.

<sup>162</sup> La Jornada. 26-noviembre-04. "Fox ofrece aclarar feminicidios y castigar a funcionarios negligentes". Rosa Elvira Vargas.

<sup>163</sup> La Jornada. 25-noviembre-04. "Advierte la ONU que agresiones a mujeres persisten como fenómeno global". AFP y DPA

<sup>164</sup> La Jornada. 15-febrero-05 "La violencia de pareja afecta a 20% de mujeres den México." Carolina Gómez Mena.

de partida de las desigualdades de género. En esos documentos se discute poco acerca del conjunto de condiciones sociales que deben asegurarse a toda persona para que sus decisiones reproductivas puedan ser calificadas como libres y responsables. Evidentemente la reproducción se reduce a los mecanismos que ofrecen los servicios de salud con los anticonceptivos dentro de la normatividad de la planificación familiar sin tomar en cuenta de manera formal los factores sociales y culturales de cada persona. Algunos investigadores han analizado la orientación de las políticas de control de la fecundidad y han mostrado que el Estado induce, particularmente a las mujeres, ha tener el menor número de hijos en pro de las metas de la planificación familiar, pero "sin cambiar el marco general de división del trabajo y de organización social entre lo público y lo privado y entre la producción y la reproducción (...) los roles tradicionales de madre-esposa-ama de casa".<sup>165</sup> El VIH-Sida en las mujeres es considerado como un claro ejemplo de la violencia de género, pues las agresiones o el temor a sufrirlas dentro del acto sexual, les impide prevenir la infección del virus del VIH-SIDA. Cuando esto sucede están expuestas a un riesgo entre tres y seis veces mayor que los varones de contraer la enfermedad; pero si existe una infección previa, el riesgo aumenta hasta 10 veces. "La creencia de que tener múltiples relaciones sexuales los reafirma como hombres, inclusive cuando éstas se realizan con personas de su mismo sexo, ha sido el principal detonador del sida en el país."<sup>166</sup> Entre otras causas se encuentran las del temor latente de ser víctimas de violencia lo que impide sugerir, pedir y mucho menos exigir a sus parejas el uso del condón en sus relaciones sexuales. Asimismo no sólo es el problema de la rigidez de la planificación familiar hacia las mujeres, sino que también se encuentran como la falta de acceso a servicios de salud, recursos económicos y seguridad social que permanecen sin discusión aun cuando estas condiciones están directamente relacionadas con la falta de autodeterminación reproductiva de las mujeres, junto a la situación de abuso y discriminación sexual. Otra variante de la discriminación de género relacionado con los derechos reproductivos es el maltrato a mujeres en estado de gravidez ya que llegó a alcanzar 39.22 por ciento. De acuerdo con una reciente investigación de Susana Patricia Collado Peña, el 72.2 por ciento de las consultadas fue víctima de violencia en alguna etapa de su vida; 32 por ciento enfrentó esa situación el año previo al embarazo, y 39.22 por ciento ya en la etapa de gestación:

---

<sup>165</sup> Figueroa, Juan Guillermo. ob. cit., p.9

<sup>166</sup> La Jornada. 25-noviembre-04. "El aumento de sida entre mujeres, por la violencia de género: ONU". Angeles Cruz Martínez



...si bien la gestación puede ser un factor que precipite la agresión física o psicológica por parte de la pareja, el embarazo puede ser resultado de violencia familiar, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos anticonceptivos (...) pero además del aborto espontáneo o provocado existen otras consecuencias fetales y neonatales, como lesiones intrauterinas, bajo peso del niño al nacer, así como el riesgo de padecer maltrato y morir en el primer año de vida.<sup>167</sup>

Asimismo la violencia sexual, psicológica, física o económica afecta a cerca de 46 por ciento de las mujeres mexicanas. En el país uno de los problemas de género más significativos es el acceso a la justicia, particularmente en zonas rurales e indígenas, donde prevalece la impunidad en términos de violencia que se ejerce contra éstas. De acuerdo a datos prospectivos, la tendencia será de mayores niveles de desigualdad en materia de género, territoriales, étnicos y sociales donde recaerá en una población del 50 por ciento constituida por mujeres. La identificación del problema se resume en la descripción de los puntos concernientes a la salud en materia de reproducción, que van del control de la fecundidad, la mortalidad materna, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, las consecuencias del embarazo adolescente, las causas y afectaciones de las infecciones de transmisión sexual, el VIH-SIDA, hasta la inequidad de género. Se han expuesto los principales factores que las originan, así como la problemática que ha permitido su atención dentro de la agenda de gobierno. Como se ha demostrado, en cada uno de los casos solamente se habían insertado dentro de los distintos programas de planificación familiar, que iniciaron a partir de la década de los setenta; y los que no habían sido incluidos, como son el caso del VIH-Sida, las infecciones de transmisión sexual y la mortalidad materna, eran atendidos como parte de algunos servicios básicos pero de manera independiente. Por ello se sostiene y se justifica que cada uno de los siete puntos del capítulo como parte de la identificación del problema, han pasado de pertenecer, para su solución, a un solo programa bajo la óptica de planificación familiar y atención materno-infantil, ha una política pública estructurada que ha adoptado otro perfil mucho más amplio y que conecta en un solo esquema las dimensiones sexual, reproductiva, materna, perinatal, posnatal, y de empoderamiento de la mujer. Se entiende que los factores de riesgo ya citados

---

<sup>167</sup> La Jornada 7-marzo-05. Karina Avilés. "Enfrentan maltrato 4 de cada 10 mujeres en estado de gravidez".

siguen siendo los mismos en cualquier tiempo y lugar, como por ejemplo, las infecciones de transmisión sexual en realidad siguen siendo las mismas y con la misma forma de contagio; sin embargo no eran atendidas de manera prioritaria, a la vez que se desconocían las posteriores complicaciones dentro de la salud de la mujer; producto de la evidencia a través de los años, se ha detectado que los anteriores enfoques de política pública eran insuficientes por carecer de contenidos que permitieran la atención de manera integral y con mayor participación de organizaciones de la sociedad civil. Ahora se sabe, por ejemplo, que el papiloma humano por sus características no presenta síntomas, pero su origen se debe en mayor medida a infecciones de transmisión sexual que en muchos casos daña más a la mujer que al varón. En síntesis, el principal elemento que ha permitido la transición de los servicios de planificación familiar a una política pública de salud reproductiva, es la incorporación de la perspectiva de género. En el caso de la fecundidad, la tasa de hijos por mujer, entre otros factores, fue el peso de las tradiciones sociales y culturales que como se demostró, visualizan a la mujer como un objeto sexual y con deberes impuestos por su familia y entorno, en lo que a su papel de madre se refiere; la persuasión de los varones en ciertas comunidades principalmente rurales, de que sus parejas no deben controlar su descendencia, son ejemplos claro de la relación de la fecundidad y la perspectiva de género. Los problemas que ocasionan la mortalidad materna son prevenibles y en muchos de los casos se deben a la falta de una adecuada y profesional atención de los prestadores de servicio; asimismo se ha dicho la relación entre ser y no ser derechohabiente para una adecuada atención perinatólogica; pero también es cierto que la violencia de género se muestra en mujeres en estado de gravidez, lo que provoca abortos y daños en el tracto de la mujer. Algo parecido sucede en el caso de los anticonceptivos, donde los mismos centros de salud no ofrecen atención digna y concientizada a las mujeres que desean controlar el número de hijos; además de que en muchos casos son los mismos varones quienes se lo impiden o en otro sentido, evitan ser ellos los que adopten algún método, dejando la responsabilidad exclusiva en las mujeres. Las infecciones de transmisión sexual ocurren por tener relaciones sin protección, pero también ocurre por la actividad sexual descontrolada con más de una persona del varón y en las casos de unión matrimonial, suelen contagiar a sus parejas mujeres sin tomar ningún tipo de medida y obligarlas a no tomarlas a ellas. De esta manera la identificación del problema se traduce en enfermedades y males en la salud que eran atendidos dentro de una perspectiva de cumplimiento de metas porcentuales y que no contemplaban el aspecto amplio e integral de la actual salud reproductiva.

## Capítulo 4 Orígenes y Antecedentes en el Diseño de la Política de Planificación Familiar en México

### 4.1. Orígenes de la Planificación Familiar

#### 4.1.1. Concepto de Planificación Familiar

Debido a los movimientos feministas en boga y paralelo a las tendencias del socialismo, el control natal surgió en 1915 fruto de la liberación sexual e igualdad de sexos. Sin embargo, “el concepto de planificación familiar tiene otra connotación ideológica, ya que en sus orígenes hacía referencia al control de la capacidad reproductiva de la pareja, como un medio para promover la estabilidad de la familia y contribuir a un equilibrio armónico entre el desarrollo económico y el demográfico.”<sup>168</sup> Esto significaba que el desarrollo de un país se encontraba en relación directa con una adecuada administración de lo familiar con énfasis en su estructura y tamaño; como ya se explicó en el anterior capítulo, un incremento considerable en el número de la población implica una mayor demanda de servicios públicos junto a restricciones en su oferta. Por eso la planificación familiar se instauró como estrategia para un adecuado control natal, pero con un nuevo esquema que diera otra connotación menos directa y con la intención de garantizar a las parejas una mejor perspectiva en la constitución de sus familias, a través de la elección libre de métodos anticonceptivos. Otra definición de planificación familiar es la que señala que “es el conjunto de acciones que una persona lleva a cabo para determinar el tamaño y la estructura de su familia, el conjunto de decisiones que toma y las prácticas que realiza en torno a su reproducción.”<sup>169</sup> Bajo la perspectiva de género, la planificación familiar se concibe como una vía para mejorar el status de la mujer en la sociedad, lo que la favorece para desarrollar actividades que sean distintas a las maternas y domésticas, como resultado de una planeación y decisión libre en los embarazos así como evitar los no deseados, contribuyendo a que la mujer maneje su proceso reproductivo y pueda controlarlo. Esto es sinónimo de mejora de la condición femenina en nuestra sociedad. Por ello la Organización Mundial de la Salud, estableció que la planificación familiar “se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a alcanzar determinados objetivos: evitar los nacimientos no deseados, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar

---

<sup>168</sup> Juan Guillermo Figueroa. ob. cit. p.9

<sup>169</sup> Yolanda Palma, y Gabriela Rivera. ob. cit., p.p. 153-177

el número de niños que constituirán la familia.”<sup>170</sup> Desde el enfoque sociodemográfico un crecimiento incontrolado de la población trae como consecuencia que los satisfactores mínimos de bienestar dentro de los ámbitos social y económico sean insuficientes de tal suerte que la planificación familiar se concibe como un medio “para regular el crecimiento poblacional que contribuye a una dinámica demográfica acorde con el desarrollo general del país y permite mejorar las condiciones de vida de la población”.<sup>171</sup>

#### 4.1.2. Los Programas de Planificación Familiar en México. Antecedentes.

Los antecedentes de la práctica de la planificación familiar en México se documentan a partir de 1958, cuando se funda la Asociación Pro Salud Maternal (Aprosam). Mas tarde en la década de los sesenta se creó la Fundación para Estudios de la Población, A.C. (FEPAC), formado por un grupo multidisciplinario de profesionales con el fin de desarrollar un programa básico de investigación, educación y prestación de servicios médicos de planificación familiar. Para el año de 1984 cambió su nombre a Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam); bajo este nombre, Mexfam. En 1964, dentro del ámbito académico, como parte de una acción de tipo regional, promovida por la Organización de las Naciones Unidas, se creó el Centro de Estudios Económicos y Demográficos del Colegio de México. De esta manera se inició la investigación formal sociodemográfica en México debido a los altos ritmos de crecimiento de la población mexicana y sus posibles implicaciones, que podrían comprometer el futuro desarrollo económico y social del país. Resulta relevante que fueron las asociaciones civiles las que iniciaron la actividad de la planificación familiar en el país contribuyendo a su desarrollo para posteriormente consolidarse con la participación de las instituciones públicas, coincidiendo con la detección de la problemática del acelerado crecimiento demográfico en la década de los setenta, después de que se había incentivado una política pronatalista. En 1972 se iniciaron actividades de planificación familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en la entonces Secretaría de Salud y Asistencia (SSA); en 1973 se incorporó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del

---

<sup>170</sup> Organización Mundial de la Salud. Evaluación de las actividades de planificación de la familia en los servicios de salud. Serie de Informes Técnicos No.569. Ginebra, 1975, pag. 9 en **Estrategias de campaña sobre consentimiento informado en planificación familiar**. Estrada Sotelo, Erika María. 2001

<sup>171</sup> Yolanda Palma, y Gabriela Rivera. ob. cit., 153-177

Estado (ISSSTE)<sup>172</sup> Con estas contribuciones tanto en el ámbito privado como en el público, se consolidó la formalización legal para la práctica de la planificación familiar. La Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia implementó en 1973 el Programa de Atención Médica Materno-Infantil y Planificación Familiar en los Estados. Respecto al programa de planificación familiar, la Dirección General de Atención Materno-Infantil realizó las siguientes labores:

- a) Adiestramiento específico del personal.
- b) Promoción de la demanda, con informes a la población, acerca de los conceptos de planeación familiar, paternidad responsable y asistencia de servicios.,
- c) Educación al través de grupos de madres, organizados para tal fin.
- d) Prestación de servicios a la población femenina de entre 15 a 44 años, en todos los centros de salud y hospitales del país, de acuerdo con la dotación de métodos anticonceptivos y las indicaciones para su distribución.<sup>173</sup>

En 1976 la Dirección General de Atención Médica Materno Infantil de la Secretaría de Salubridad y Asistencia aplicó el Programa de Planificación Familiar donde el número de personas atendidas con los programas alcanzó los cuatro millones. De acuerdo a una investigación realizada por la dirección con relación a los servicios de planificación familiar y utilización de anticonceptivos se extrajeron los siguientes datos:

- a) que la demanda se generaba, fundamentalmente, en la clase media, siendo escasa en las áreas rurales;
- b) que la actitud del personal que daba los servicios era negativa hacia el programa en un gran porcentaje;
- c) que aceptaban el programa mujeres con promedio de edad de 30 años, 5 embarazos, 4 hijos vivos, que habían cursado primaria completa y tenían ingresos por arriba del salario mínimo;
- d) que la continuidad en el uso de anticonceptivos era alta (80%), mientras que la continuidad como participantes en el programa era de 50%.<sup>174</sup>

---

<sup>172</sup> Idem.

<sup>173</sup> Miguel E. Bustamante, et al. ob. cit. p.330

<sup>174</sup> Ibídem, p.314

Para el año de 1976 se fortaleció la visión acerca de los servicios de planificación familiar enfatizando la libertad de elegir el número de hijos, por lo que los objetivos inmediatos que se incorporaron dentro de la política de salud en ese sexenio fueron:

- a) creación y refuerzo de la infraestructura sanitaria del país, para que permita desarrollar el programa de planificación familiar;
- b) información a los diferentes sectores sobre el significado de la planificación familiar y el concepto de paternidad responsable, de la existencia de servicios donde pueden los ciudadanos obtener atención especializada en este campo médico;
- c) motivación y educación para la utilización de servicios en tres niveles: hospitalario, en centros de salud, clínicas, consultorios y los domicilios mismos;
- d) servicios de regulación de la fecundidad a los casos obstétricos en los hospitales, considerados en el programa de posparto y posaborto;
- e) prestación de servicio de planificación familiar, en el mayor número posible de unidades aplicativas del Sistema de Salud.<sup>175</sup>

A su vez el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado trabajó en el año de 1975 los siguientes objetivos inmediatos:

1. Promover la demanda, informar, educar a la población derechohabiente sobre la importancia de la planificación familiar y de la paternidad responsable.
2. Motivar a las mujeres en edad fértil para la prestación de servicios.
3. Adiestrar al personal necesario.
4. Establecer prestación de servicios clínicos de planificación en Clínicas del Distrito Federal y de Provincia.

Los objetivos mediatos fueron:

1. Contribuir al bienestar de la familia mediante programas de planificación familiar.
2. Disminuir la frecuencia del aborto
3. Reducir la tasa de mortalidad materna y contribuir a la mortalidad perinatal.<sup>176</sup>

---

<sup>175</sup> *Ibidem*, p.p. 314-315

<sup>176</sup> *Ibidem*, p.370

Los cambios en el Código Sanitario en el año de 1978 derogaron el artículo que prohibía la propaganda y venta de anticonceptivos, y en ese mismo año se integró la Comisión Interinstitucional de Atención Materno-Infantil y Planificación Familiar, cuya tarea era coordinar e integrar las actividades y los programas de cada institución en este rubro. De esta manera en octubre de 1977 se terminó el primer Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1982. Asimismo, dentro del Plan Nacional de Desarrollo se incluyó la política de población creándose consejos estatales para la atención, entre otros, de la planificación familiar. Se evaluó que la política de planificación familiar había cumplido con los objetivos pues en 1976 se había partido con una tasa de crecimiento demográfico de 3.2%, quedando reducida, en 1978, a 2.9% <sup>177</sup> En ese período se instaló el Comité de Planificación Familiar con la finalidad de servir de enlace entre las diferentes instituciones de salud y la Coordinación General del Programa Nacional de Planificación Familiar que a su vez tuvo como objetivos “mejorar la calidad de los servicios de planificación y apoyar la penetración de los mismos en las áreas más desprotegidas del país, respaldar a las instituciones participantes en el desarrollo de la investigación y lograr la sistematización de la información que permita una evaluación eficiente de los programas institucionales de planificación familiar.” <sup>178</sup> Dicho Comité estuvo integrado por la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia, la Secretaría de la Defensa Nacional, el Departamento del Distrito Federal, la Secretaría de la Reforma Agraria, la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Ferrocarriles Nacionales de México y Petróleos Mexicanos. Paralelamente se generaron cuatro encuestas de cobertura nacional: la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976 (SSP, IISUNAM, 1979), las Encuestas Nacionales de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos de 1978 y 1979 (Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, 1979 y la Encuesta Nacional Demográfica de 1982 (Conapo). Hasta llegar posteriormente al Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988”. <sup>179</sup> Posteriormente se han desarrollado la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997, y la ENSAR de 2004. Campañas como la de “La familia pequeña vive mejor”, organizadas por el Consejo Nacional de Población contribuyeron a legitimar la práctica de la planificación familiar y a “propiciar el fortalecimiento de una cultura demográfica que favorece la regulación individual de la fecundidad.”<sup>180</sup> En el Plan Global de Desarrollo 1980-1982, dentro de

---

<sup>177</sup> *Ibidem*, p.488

<sup>178</sup> *Idem*.

<sup>179</sup> Yolanda Palma y Gabriela Rivera. *ob. cit.*, p.p. 153-177

<sup>180</sup> Consejo Nacional de Población. **La situación demográfica de México, 1998**. México, 1998, p.160

las Metas de Salud y Seguridad Social se buscó dotar a las madres de consultas para detección oportuno de enfermedades; vigilancia y capacitación para el cuidado del embarazo, fortaleciendo el desarrollo del niño; alimentación complementaria durante el embarazo y la lactancia. En el Plan de Acción Sectorial de Salud 1980-1982 se enfatizó la atención del núcleo materno-infantil con el fin de lograr un crecimiento demográfico equilibrado con base en la atención materno-infantil y planificación familiar.

En el sexenio 1982-1988 el Programa de Planificación Familiar marcó los siguientes objetivos:

- a) Coadyuvar al mejoramiento de la salud de la población, particularmente de la población materna e infantil;
- b) Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de las parejas; y
- c) Ayudar a reducir la frecuencia de los embarazos no deseados, coadyuvando así a la prevención de los problemas sociales asociados, como es la incidencia del aborto.<sup>181</sup>

Además el Programa formó parte del plan estratégico en que colaboraron en forma conjunta el Programa Nacional de Población y el Programa Nacional de Salud. En su implantación las prioridades fueron: 1) el establecimiento de metas y estrategias del Sector Salud; 2) ofrecer el servicio en áreas rurales dispersas; 3) promover la participación de la población masculina; 4) proporcionar los servicios de orientación sexual y planificación familiar a la población adolescente, 5) sistematizar la capacitación y supervisión del personal de salud, así como la evaluación de las actividades y resultados del programa.<sup>182</sup> Con base de que la fecundidad ha sido el determinante del comportamiento demográfico del país la SSA elaboró dentro de este período en estudio dentro de cada entidad federativa, con la utilización de proyecciones al año 2010, acerca del posible impacto del programa sobre algunos indicadores del bienestar social, tales como: "salud, empleo, educación y vivienda, considerando dos extremos: sin progreso por falta de recursos o exitoso por recibir apoyo político, financiero y técnico necesario."<sup>183</sup>

Destacó la actividad en investigación para reforzar la política de planificación familiar en dicho período, pues se elaboró una encuesta sobre determinantes del uso de métodos

---

<sup>181</sup> Augusto Fujigaki Lechuga. (Coordinador). **Historia de la Salud. Reseña Histórica 1982-1988. Tomo I.** Secretaría de Salud. México, 1988. p.267

<sup>182</sup> Idem.

<sup>183</sup> Ibídem, p. 268



anticonceptivos en el primer semestre de 1988; otra sobre factores de riesgo en la anticoncepción hormonal en 1984; encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la planificación familiar en 1987; otra sobre el conocimiento reproductivo de la población adolescente del área metropolitana de la Ciudad de México; encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos y la planificación familiar de la población masculina obrera; y un estudio sobre las ventas de anticonceptivos en farmacias. Para el año de 1986, la Secretaría de Salud reforzó la estrategia de extensión de cobertura en comunidades rurales de 500 a 2,500 habitantes, para prestar servicios básicos de salud, que incluyen, entre otras, la planificación familiar. La participación del sector privado para el logro de la administración de los servicios de salud en el período 1982-1988, fue relevante dentro de la planificación familiar pues la Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Planificación Familiar (FEMAP) que agrupa asociaciones en toda la República y la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), se constituyeron como complemento de las instituciones del Sector Salud en la capacitación, promoción educativa y prestación de servicios a la población abierta. De igual manera el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), se erigió como pionero en la prestación de servicios para la población joven, la capacitación de profesionales de salud y la investigación de la conducta sexual y reproductiva. Posteriormente, a partir de 1987 se incluyeron en la programación las metas de cobertura de los servicios de planificación familiar dentro del programa IMSS-COPLAMAR. De esta manera, las modificaciones estructurales entorno a la planificación familiar del gobierno mexicano se resumieron en tres aspectos:

- 1) Se crea la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) para evitar la duplicidad de funciones que se tenía al contar, en la administración 1976-1982, con una Dirección General de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar y una Coordinación General para este fin.
- 2) Se crea el Grupo Interinstitucional de planificación familiar, integrado por los responsables del programa en cada una de las instituciones del Sector. en este grupo técnico, la DGPF como representante de la SSA estableció los lineamientos y estrategias para la planeación y evaluación del programa nacional de planificación familiar.
- 3) En el nivel estatal el departamento de atención materno infantil y planificación familiar se fusionó al Departamento de Atención Primaria, con el

propósito de evitar la verticalidad del programa y establecer un ámbito integral y operativo.<sup>184</sup>

La relación intersectorial de la SSA como integrante del CONAPO, delegó en la DGPF la función de enlace con la Secretaría General de dicho Consejo. Lo anterior permitió que durante esta administración se cuente con los siguientes programas:

1. Programa Interinstitucional de Planificación Familiar 1983-1988
2. Programa Nacional de Planificación Familiar 1984-1988
3. Programas Estatales Institucionales 1986, 1987 y 1988
4. Programas Insterinstitucionales Estatales de Planificación Familiar 1988
5. Programas Delegacionales y para el Distrito Federal, 1988-1989.<sup>185</sup>

Por lo anterior, en la década de los ochenta, el Programa de Planificación Familiar incorporó el enfoque de riesgo, se iniciaron programas de anticoncepción posevento obstétrico, dándose prioridad a grupos específicos de población que se identificaron como vulnerables y de mayor riesgo. Posteriormente se iniciaron acciones y estrategias encaminadas a brindar información a la población adolescente. En los años noventa, los programas institucionales emprendieron actividades a integrar a los varones dentro de los servicios de planificación familiar. En 1993, el Grupo Interinstitucional de Planificación Familiar elaboró de manera colegiada, el proyecto de Norma Oficial Mexicana para este programa.<sup>186</sup> La Norma Oficial Mexicana fue publicada en el Diario Oficial de la Federación en mayo de 1994. En cuanto a las actividades del IMSS en la materia y dentro de este período, está el cambio del Departamento de Servicios de Planificación Familiar a Departamento de Servicios de Salud Reproductiva en el año de 1991; mientras que en el ISSSTE y en la Secretaría de Salud éste mismo cambio ocurrió en el año de 1994. Experiencias específicas como la de los servicios que prestaba el Hospital General Dr. Manuel Gea González, han sido destacadas pues desarrolló un programa educativo y de servicios para la adolescente embarazada, con el objeto de que las jóvenes adquirieran conocimientos sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva, con la finalidad de crear un cambio de actitud, "al tomar conciencia sobre sí mismas

---

<sup>184</sup> Augusto Fujigaki Lechuga. ob. cit., p. 277

<sup>185</sup> Idem

<sup>186</sup> Secretaría de Salud. **El Derecho a la libre decisión en salud reproductiva**. Dirección General de Salud Reproductiva. México, 2002. p.p.17-18

como mujeres jóvenes y sobre la importancia de concebir un hijo en el momento oportuno.”<sup>187</sup> En el caso de transgresiones a los lineamientos jurídicos y normativos en la prestación de servicios médicos en general, de salud reproductiva y planificación familiar o violación a los derechos sexuales y reproductivos, los usuarios pudieron inconformarse y presentar sus quejas cuando se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), y posteriormente, con la creación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)

#### 4.1.3. Marco General de la Política de Población en materia de Planificación Familiar en México

Sin duda el hecho que marcó la etapa de la política poblacional y de planificación familiar fue la promulgación de la Ley General de Población en 1974 que especificó la creación del Consejo Nacional de Población, que sería el encargado del establecimiento de objetivos, metas, estrategias en todo lo referente a la administración de los aspectos sociodemográficos del país. La nueva Ley General de Población estableció la obligatoriedad del Estado de ofrecer servicios de planificación familiar, determinando su gratuidad en las instituciones públicas de salud, lo que encaminaron las acciones hacia el objetivo predominante de estos años: el establecimiento de programas de planificación familiar. La introducción de estos programas ayudó a acelerar el proceso de cambio demográfico en el país, creando y fomentando una nueva cultura demográfica y de la salud, con base en la sensibilización de las mujeres sobre los riesgos asociados a la reproducción. Según esta perspectiva entorno a la planificación familiar, fue un cambio reconocido y promovido por el gobierno a través del Consejo Nacional de Población ya que “el uso y conocimiento de anticonceptivos, los riesgos de los embarazos cercanos y frecuentes y otros temas afines, se constituyeran en temas cada vez más cotidianos y susceptibles de ser adecuadamente tratados para las mujeres mexicanas, puede considerarse uno de los logros más relevantes de estos años.”<sup>188</sup> En 1977, el Consejo Nacional de Población da a conocer los principios y objetivos de la política demográfica nacional estableciendo, además, metas de crecimiento natural para el país, “las cuales proponían reducir la tasa de crecimiento de 3.2% en 1976 a 2.5% en 1982, 1.9% en 1988 y 1% en el año

---

<sup>187</sup> Ehrenfeld-Lenkiewicz N. “Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada”, en **Revista Salud Pública de México**. Marzo-abril de 1994; 36:154-160

<sup>188</sup> Consejo Nacional de Población, **La situación demográfica de México, 2002**. México, 2002. p.49

2000".<sup>189</sup> Posteriormente el CONAPO aprobaría el ya citado Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1982, que en su momento había sido elaborado por la Coordinación Nacional de Programas de Planificación Familiar, organismo con fines de coordinación del Sector Salud, para ponerlo en práctica. Históricamente la política demográfica mexicana se basa en cuatro principios fundamentales:

1. La integración al desarrollo económico y social. Se concibe la política de población como parte de la política global de desarrollo y medio adicional para evitar las consecuencias negativas del crecimiento de la población sobre el crecimiento económica.
2. El derecho a la paternidad responsable. Es deber del Estado proporcionar información acerca de la planificación de los nacimientos que puedan garantizar la libertad y la igualdad de los individuos y de las familias frente a su propia reproducción.
3. La protección de la familia. El Estado debe garantizar la protección de las mujeres y los niños, su educación, su bienestar físico y social.
4. La promoción de la mujer, su igualdad frente al hombre con respecto a la ley.<sup>190</sup>

Sin embargo resulta importante destacar el hecho de que legalmente se institucionalizó la atención de la planificación familiar pues se aprobó su incorporación dentro de la Ley General de Salud, mediante la publicación en el Diario Oficial de la Federación del 7 de febrero de 1984, al mismo tiempo de que se lo incluyó dentro del Programa Nacional de Salud 1984-1988. El nuevo Programa Nacional de Planificación Familiar subrayaba que las metas no serían fáciles de alcanzar debido a que había que incorporar a los segmentos de la población de más difícil acceso. Se registraron avances en los siguientes aspectos:

- 1) Reconocimiento de que el embarazo no planeado en las adolescentes constituía un problema de magnitud considerable. Por ello se inició el diseño de servicios específicos para este grupo, en especial de educación y comunicación.
- 2) Intensificación de los esfuerzos para atender a la población rural.

---

<sup>189</sup> Jesús Kumate, et al. ob. cit., p.p. 139

<sup>190</sup> Cristina Puga Espinosa. y David Torres Mejía. **México: La modernización contradictoria.** México, Addison Wesley Longman, 1998, p.72

- 3) Reorientación de la oferta de métodos anticonceptivos, principalmente en las instituciones de seguridad social, hacia el dispositivo intrauterino, la oclusión tubaria y la vasectomía, métodos a los que se dio prioridad sobre los de tipo local y hormonal.
- 4) Inicio de estudios introductorios de dos formas de anticonceptivos hormonales: los implantes subdérmicos Norplant y el inyectable combinado Cyclofem, que realizaron conjuntamente la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. El IMSS desarrolló en forma paralela investigadores sobre el Norplant y una nueva técnica para realizar la vasectomía.
- 5) Inicio del proceso de integración de los programas de PF con los demás servicios de atención primaria a la salud.
- 6) Comienzo de un proceso de descentralización de los servicios ofrecidos por la Secretaría de Salud hacia las entidades federativas. La propia Secretaría de Salud reforzó, junto con el CONAPO, sus actividades de planeación en ese nivel.<sup>191</sup>

El Consejo Nacional de Población difundió campañas en los años ochenta, como la de "Pocos hijos, para darles mucho", que fomentaban la reducción de la fecundidad, con un trasfondo para la búsqueda de mejores condiciones de vida para la familia. Estas campañas promocionales de la planificación familiar se fortalecieron con la realización de telenovelas. La labor del gobierno mexicano en la materia fue tomada en cuenta a nivel internacional por sus resultados de manera que se le otorgó el Premio Internacional de Población en 1986 por parte del Fondo de Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población. Se entiende que la práctica de control natal en México se aplicaba a través del concepto de planificación familiar, como una medida para orientar a las personas en las ventajas que ofrece para un adecuado control en el número de hijos y con una perspectiva de calidad de vida. Aunque no se han especificado como tal, los antecedentes sobre los derechos reproductivos en el ámbito gubernamental, se remontan a partir de la década de los setenta, mismos que se establecieron por razones demográficas y de salud, pero con el sustento y base de que la ciudadanía tiene el derecho de decidir el número de hijos para un mejor manejo de la vida familiar. Sin embargo resulta contradictorio que las metas demográficas establecidas por el gobierno se realizan modificando ó alterando el comportamiento reproductivo de la población, cuando jurídicamente tiene las garantías de elegir el número y espaciamiento de sus hijos. Como se afirma:

---

<sup>191</sup> Yolanda Palma y Gabriela Rivera. ob. cit., p.p. 153-177

...se planeó una dinámica demográfica cuyo éxito suponía, en parte, modificar un comportamiento sobre el que se acababa de confirmar el derecho de la población para decidir al respecto, y teniendo como responsables a personajes que requerían cambios (incluso culturales) en su postura respecto al "deber ser" de su que hacer institucional además, ello requería de una acción inmediata ya que se tenían definidas metas para un corto plazo. <sup>192</sup>

En 1995 la Campaña "*Planifica, es cuestión de querer*", promovió la reflexión acerca de la importancia de contar con proyectos de vida personales y familiares y de concebir a la planificación familiar como una estrategia para realizarlos.

#### 4.1.4. Aspectos de la Práctica Anticonceptiva en México

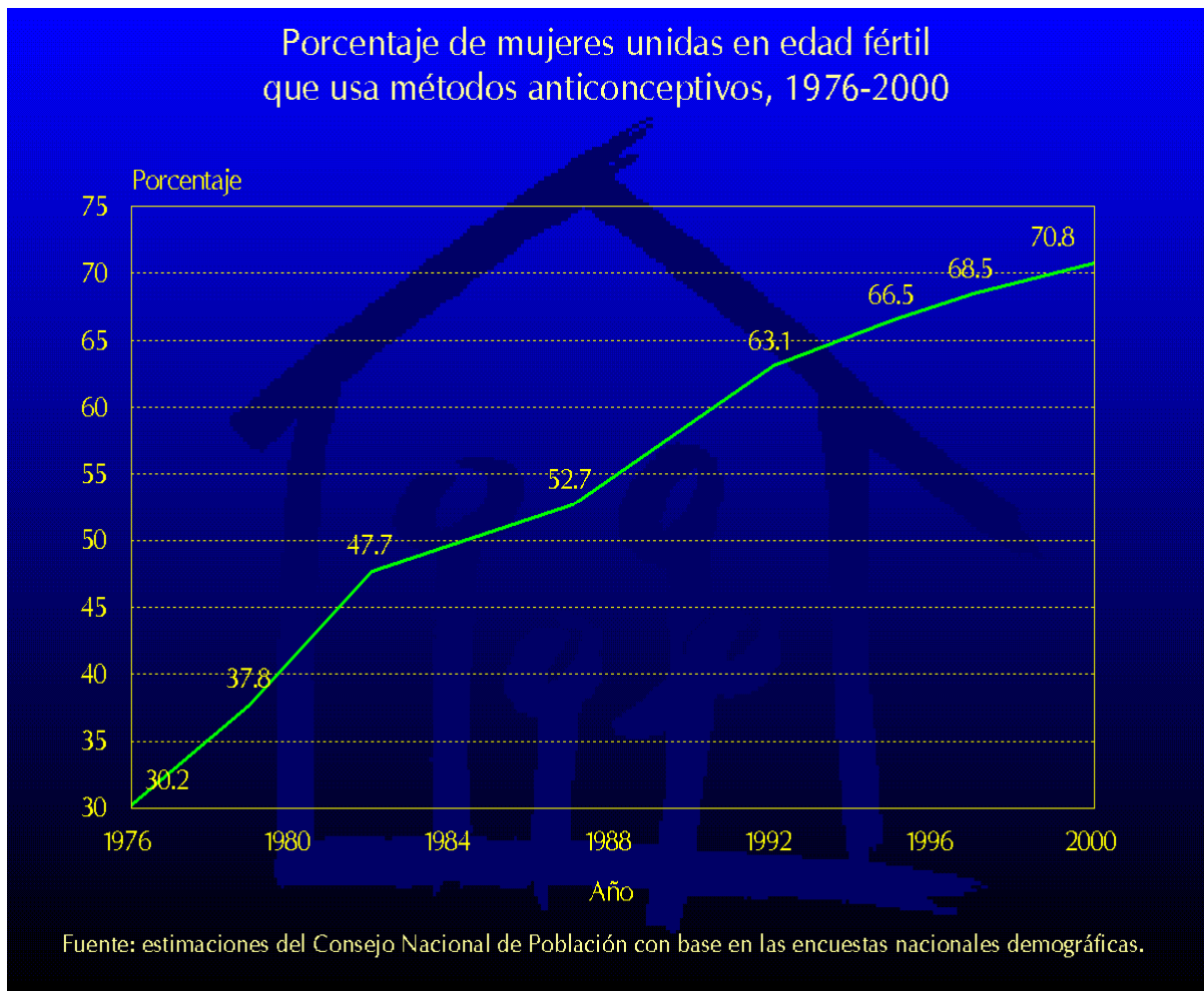
La utilización de los métodos anticonceptivos son los principales instrumentos para la planificación familiar, sin embargo su uso está supeditado a los rasgos culturales y personales de cada persona, más allá de las intenciones de los programas de gobierno para su difusión y cumplimiento de metas demográficas. Al respecto se consideran dos fases en la dinámica de uso de los anticonceptivos: la adopción y la posadopción. Esto significa que la población identifica la utilidad del método para manejar su ciclo reproductivo y por ello busca el tipo de anticonceptivo disponible en el mercado o por medio del proveedor del servicio de salud pública; con esto manifiesta su interés en controlar su fecundidad todo lo que implica la etapa de adopción. Sobre la posadopción nos referimos "a los períodos de uso, interrupción y reinicio de la anticoncepción, incluyendo la posibilidad de probar diferentes métodos y fuentes de obtención." <sup>193</sup> Antes de 1970 el conocimiento sobre la utilidad de métodos anticonceptivos era prácticamente nulo, salvo ciertos estratos en un nivel socioeconómico alto; "así, mientras que 44 por ciento de las mujeres residentes en las zonas rurales y semiurbanas conocía, en 1976 alcanzó cerca de 80 por ciento y en 1997 ascendió a 90 por ciento, reduciéndose la brecha que separaba a las mujeres del campo y la ciudad. En las áreas urbanas, ya desde 1976 se apreciaba un conocimiento generalizado de métodos anticonceptivos

---

<sup>192</sup> Juan Guillermo Figueroa, ob. cit., 9-51

<sup>193</sup> Yolanda Palma y Gabriela Rivera. ob. cit., 153-177

(95.8%).<sup>194</sup> La variación en el tipo de métodos se ha reflejado en los últimos 30 años pues se identificó que una primera fase de los programas oficiales de planificación familiar, 35.9 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos empleaba pastillas, 23.3 utilizaba métodos tradicionales y 18.7 empleaba el DIU. Recientemente la operación femenina y el dispositivo intrauterino han sido los más recurrentes; "en 1997, las pastillas continúan reduciendo su participación en la estructura de uso: sólo 1 de cada 10 usuarias recurren a ellas; los métodos tradicionales, después de una reducción en su participación en la primera década, se mantienen como la cuarta opción dentro de la gama de métodos; y la OTB y el DIU se constituyen en los métodos más utilizados, que concentran 45 y 21 por ciento de las usuarias actuales de métodos anticonceptivos, respectivamente."<sup>195</sup>

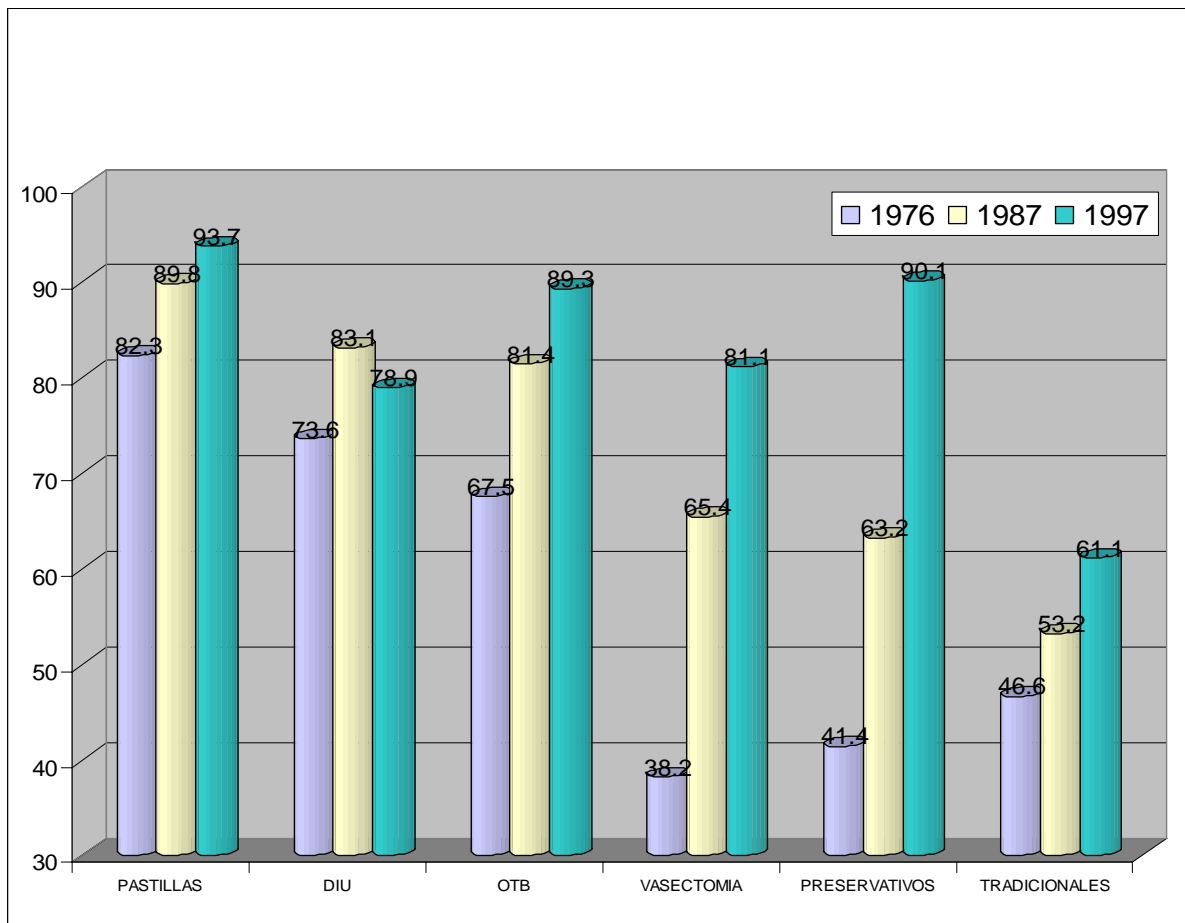


<sup>194</sup> Consejo Nacional de Población. **Situación ... 1999**, p.208

<sup>195</sup> *Ibidem*, p.208

En cuanto a los tipos de métodos, se observa una clara tendencia hacia los de mayor efectividad, verificándose que en 1982, predominaban las pastillas con (29.7%), seguido de la oclusión tubaria (28.1%) y en tercer lugar el dispositivo intrauterino (13.8%). Para 1987 esta distribución cambio a un 36.4% de ligadura, 19.9% para el DIU y 18.0% para pastillas. Destaca que los usuarios de vasectomía representaron en 1987 el 1.4% del total, que a pesar de que es el doble de lo registrado en 1982, refleja la baja participación del hombre en el programa.<sup>196</sup>

**Porcentaje de mujeres en edad fértil que conocen  
al menos un método anticonceptivo, según tipo de método, 1976-1997**



**Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la EMF, 1976; ENFES, 1987 y ENADID, 1997**

<sup>196</sup> Augusto Fujigaki Lechuga. ob. cit., p. 276



Los avances científicos han ofrecido anticonceptivos en mayor número y con mejores resultados; destacándose los de tipo hormonal, implantes subdérmicos –como el Norplant- el nuevo inyectable Cyclofem y los anillos vaginales. Los programas de planificación familiar en México no promueven el uso del ritmo ni del retiro. Aunque han existido cuestionamientos sobre la oportunidad y calidad en la distribución de los anticonceptivos, su práctica ha ido incrementándose y se demuestra con el notable descenso de la fecundidad en los setenta y ochentas. Para 1992, seis de cada diez mujeres en edad fértil unidas utilizaban algún método para regular su fecundidad (63.1)<sup>197</sup> Existe una tendencia que demuestra que a partir del inicio de los programas de planificación familiar e incluso hasta hoy en día, las mujeres que incorporaron más rápidamente la práctica anticonceptiva fueron aquellas con dos y tres hijos, quienes aumentaron de “39.1 por ciento de mujeres en edad fértil unidas, usuarias de métodos anticonceptivos con esa paridad en 1976, a 60 por ciento once años después, representando en 1997 cerca de 75.4 por ciento. Una tendencia similar pero con menor intensidad la presentan las mujeres que utilizaban métodos anticonceptivos pasó de 29.6 por ciento en 1976 a 70.4 por ciento en 1997.”<sup>198</sup> Otra tendencia que muestra el progreso en la aceptación de utilizar métodos anticonceptivos, se encuentra en el perfil de mujeres que cuentan con una mayor escolaridad, pues los datos muestran que en 1976, más del 55 por ciento de mujeres en edad fértil unidas y que tenían estudios de secundaria y más, usaban algún medio para regular su fecundidad; la tendencia continuó hasta 1997, donde llega a ser de 74.8 por ciento. Por otra parte se muestra un rezago en el uso de anticonceptivos de mujeres que no cuentan con escolaridad, pues tan sólo “48 por ciento de ellas en 1997 utilizó algún método anticonceptivo. Sin embargo, destaca que en este grupo se ha triplicado el uso de estos métodos en las últimas tres décadas, lo cual ha permitido que la brecha entre los grupos extremos sea más angosta de acuerdo con su nivel de prevalencia.”<sup>199</sup> Aunque el uso se ha extendido, una de las principales preocupantes para la salud reproductiva es el que se refiere al sector adolescente, pues los datos indican que en el grupo de 15 a 19 años, “solo 36.4% de las mujeres unidas utiliza algún método.”<sup>200</sup>

Sin embargo la salud reproductiva debe considerar que a pesar de cumplir las metas en el descenso en el índice de la fecundidad, desde el punto de vista de los derechos reproductivos, la influencia de las instituciones públicas de salud encargadas de la distribución de los métodos

---

<sup>197</sup> Yolanda Palma y Gabriela Rivera. ob. cit., p.p. 153-177

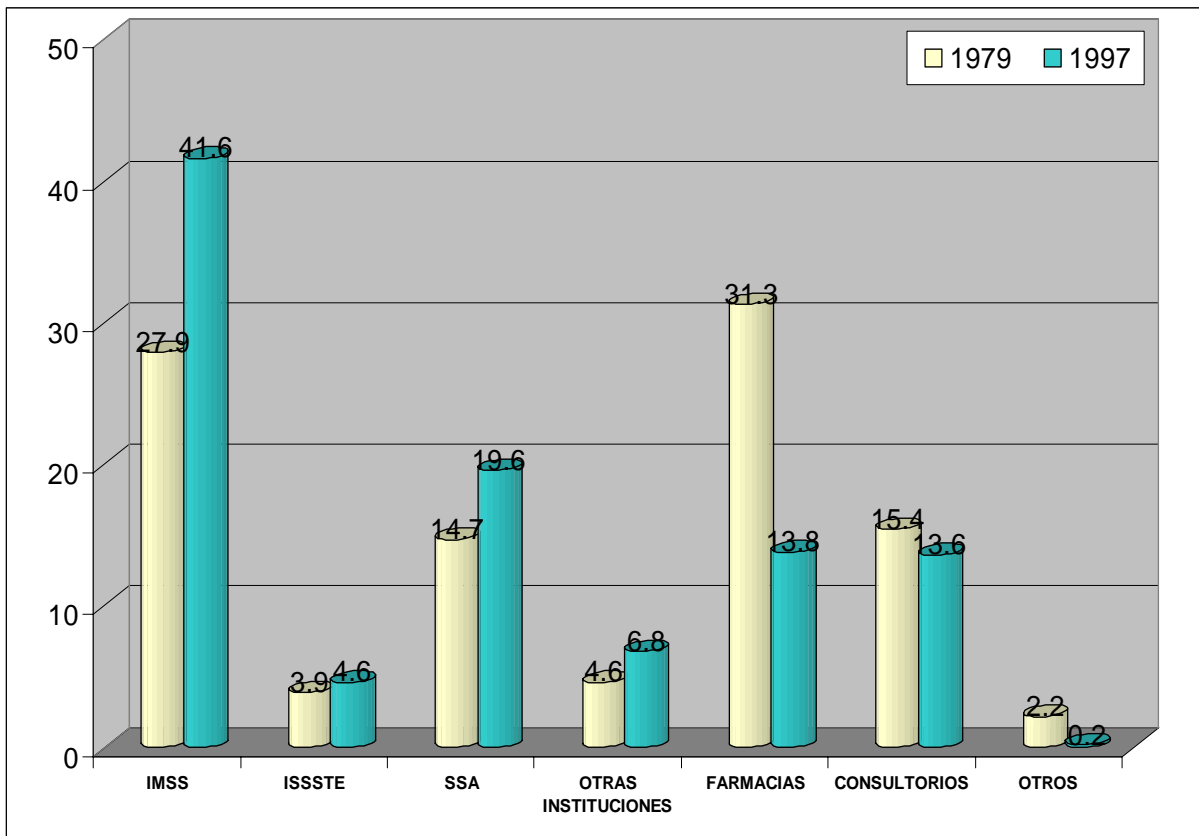
<sup>198</sup> Elena Zúñiga Herrera. “La desaceleración del crecimiento demográfico y la salud reproductiva”, en La población de México, situación actual y desafíos futuros. CONAPO. México, 2000, p.p.97-117

<sup>199</sup> Idem

<sup>200</sup> Yolanda Palma y Gabriela Rivera. ob. cit., p.p. 153-177

anticonceptivos, ha mantenido un perfil marcado por la prioridad de reducir el índice de natalidad por sí mismo, dejando de lado los aspectos relativos con las condiciones sociales, culturales, de relación de pareja y de otros puntos de vista que pudiera demandar el usuario de acuerdo a convicciones personales. El IMSS es la principal fuente de obtención de anticonceptivos que concentra a casi una tercera parte del total de las usuarias del país y más de la mitad de las que acuden a obtener el método al sector público. La SSA, por su parte, aumentó recientemente su participación "de 15.0 por ciento en 1992 a 19.6 por ciento en 1997, con lo que se constituye en la segunda fuente de obtención de métodos anticonceptivos."<sup>201</sup>

**Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, usuarias de métodos modernos, según fuente de obtención 1979-1997**



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la ENP, 1979 Y ENADID, 1997

<sup>201</sup> Consejo Nacional de Población. **Situación ... 1999**. p.209

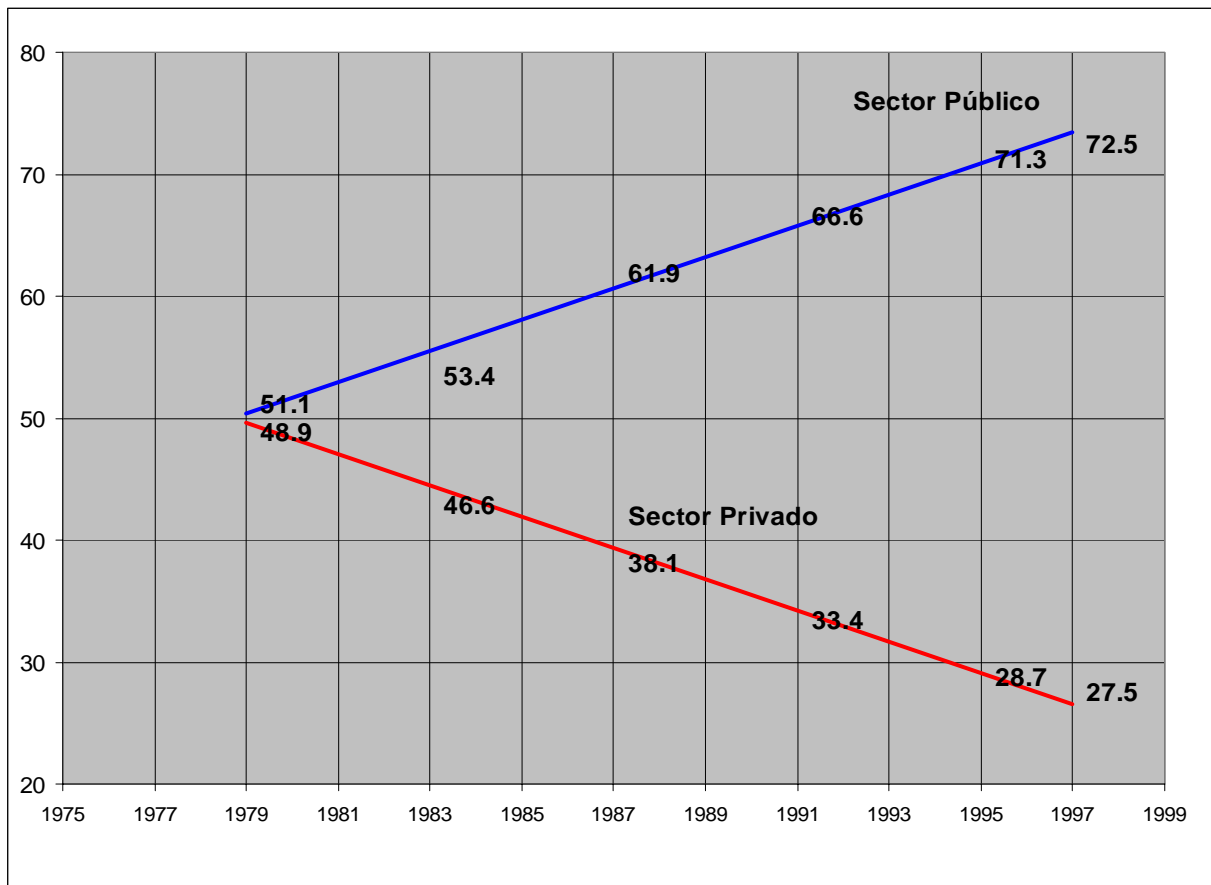
### Breve descripción de los métodos anticonceptivos

*Método anticonceptivo:* cualquier medio que se utiliza o cualquier acción que se sigue para evitar un embarazo.

*Diafragma:* media copa de hule, con el borde flexible, que se coloca la mujer en la vagina para cubrir el cuello del útero, impedir el paso de los espermatozoides y evitar que ocurra un embarazo.

*Dispositivo intrauterino (DIU):* pequeña pieza de plástico de diversas formas que personal calificado coloca en el útero de la mujer, para impedir que se produzca un embarazo.

**Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, usuarias de métodos modernos, según fuente de obtención 1979-1997**



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la ENP, 1979; END, 1982; ENFES, 1987; ENADID, 1992; ENPF, 19956 Y ENADID, 1997

*Inyecciones o ampollitas:* compuestos hormonales inyectables que se aplican a la mujer por vía intramuscular, con frecuencia entre uno y tres meses, según la formulación, con el objeto de impedir un embarazo durante determinado lapso. Contienen una o dos sustancias parecidas a las hormonas naturales que actúan sobre el ovario impidiendo la ovulación y, por lo tanto, el embarazo.

*Norplant®, tubitos o implantes:* dos o seis cápsulas de *silastic* -derivado del plástico- que contiene una progestina -hormona sintética-. Las cápsulas -en forma de pequeños tubos- son colocadas por personal calificado debajo de la piel del brazo en forma de abanico. Su duración es de cinco años aproximadamente.

*Operación femenina:* método definitivo de PF, que consiste en una intervención quirúrgica llevada a cabo por un médico. Se bloquean las trompas de Falopio o tubos uterinos para impedir el paso del óvulo hacia el útero y su encuentro con los espermatozoides, de manera que no pueda producirse un embarazo.

*Operación masculina o vasectomía:* método definitivo o permanente de PF para el varón, que consiste en una intervención quirúrgica en la cual se bloquean los conductos de los espermatozoides hacia el exterior para anular su capacidad de fecundación.

*Óvulos, jaleas, espumas:* diferentes presentaciones de varios compuestos espermaticidas que destruyen a los espermatozoides. La mujer se los aplica en la vagina antes del coito, con el objeto de impedir un embarazo.

*Pastillas o píldoras anticonceptivas:* compuestos que la mujer toma diariamente por vía oral, con interrupción de una semana cada mes, o bien, sin interrupción, según la formulación, con el objeto de impedir un embarazo. Contienen una o dos sustancias parecidas a las hormonas naturales que actúan sobre el ovario impidiendo la ovulación y, por lo tanto, el embarazo.

*Preservativo o condón:* cubierta de hule, elástica, que utiliza el varón durante el coito para cubrir el pene y evitar que el semen se deposite dentro de la vagina de la mujer, evitando así un embarazo.

*Retiro o coito interrumpido:* método anticonceptivo que consiste en interrumpir el coito para que la eyaculación se produzca fuera de la vagina.

*Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro o Billings:* métodos que sigue la pareja, basados en la abstinencia de relaciones sexuales durante el período fértil de la mujer. Este período se puede determinar mediante tres técnicas que se basan en el registro de las fechas de menstruación en un calendario, en la determinación diaria de la temperatura basal, o en la observación periódica de la secreción vaginal (moco cervical).

Calendario: registro de las fechas de la menstruación, de donde se puede determinar el período fértil de la mujer.

Temperatura basal: registro diario de la temperatura del cuerpo, a través de la cual se pueden detectar los días en que la mujer ovula; en estos días se constata una temperatura ligeramente superior.

Moco cervical (Billings): toma diaria de una pequeña muestra del moco cervical con las yemas de los dedos. Esta puede estirarse y observar su consistencia, permitiendo la determinación de los días fértiles de la mujer.

#### 4.2. Antecedentes de la atención de salud materno-infantil

En 1937 fue creado mediante decreto presidencial el Departamento de Asistencia Social Infantil, que gozó de autonomía con la finalidad de ofrecer servicios de Asistencia Infantil a través del Departamento de Salubridad Pública, los Jardines de Niños de la Secretaría de Educación Pública y las instituciones de Asistencia Social de Madres y Niños de la Beneficencia Pública del Distrito Federal. Más adelante la Secretaría de Asistencia Pública absorbió los servicios de higiene maternal e infantil que hasta junio de 1937 habían estado a cargo del Departamento de Salubridad, “tomó a su cargo las dependencias, instituciones y edificios de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, y volvieron a la Secretaría de Educación Pública los Jardines de Niños y las Guarderías.”<sup>202</sup> En 1959 se modificó la estructura de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y entre ellas quedó de manera independiente la Subsecretaría de Asistencia, que entre sus funciones se ocupó de los servicios materno-infantiles. Entre 1959 y 1964 se estableció la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal en la que existió la Atención del Núcleo Materno Infantil junto con la Dirección General de Asistencia Materno Infantil y realizaron programas en lo concerniente a la atención prenatal, natal y posnatal, que se ofrecieron en los Centros Materno Infantiles junto con la atención en obstetricia. “Así se pudo atender a 300 mil embarazadas y vigilar, en la consulta posnatal, a 1 millón 500 mil niños, orientando a las madres sobre la prevención de enfermedades, los trastornos nutricionales y la importancia de la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo de los niños.”<sup>203</sup> Una vez que se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social se reglamentó su participación y responsabilidad respecto al apoyo de la lactancia con la elaboración de un Instructivo de Control

---

<sup>202</sup> Miguel E. Bustamante. et al. op. cit. p.68

<sup>203</sup> ibídem., p.124

para el Suministro de Leches, que estableció sus principios con la ayuda de una norma que señaló la edad límite de seis meses como máximo para recibir la prestación, la política institucional al respecto encaminada al destete temprano y a la alimentación suplementaria –complementaria de ser posible- con diferentes tipos de leche en polvo. Más adelante se inició la campaña de higiene materno infantil en todas las unidades del Instituto, según normas consideradas con carácter de obligatoriedad general basándose en la vigilancia médica durante el embarazo y del desarrollo intrauterino del producto, “debiendo canalizarse a los servicios especializados cualquier patología del embarazo, con carácter de urgencia si así lo considerara el médico tratante, y los embarazos que se acercasen a su término fisiológico.”<sup>204</sup> Cuando se funda el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, entre los beneficios que recibiría la población amparada se encuentra que la mujer trabajadora, esposa o concubina del trabajador o del pensionista, tiene el derecho a la asistencia obstétrica, a una ayuda para la lactancia, y a una canastilla de maternidad al nacer su hijo. En 1963 el Gobierno del Presidente Adolfo López Mateos se informaba que la asistencia materno infantil se proporcionó a 256 311 mujeres y a 1 855 000 niños en áreas rurales, y a 311 00 mujeres y 2 164 000 niños en áreas urbanas. En 1965 los servicios de medicina preventiva del ISSSTE creó el comité encargado del estudio del problema del aborto. “Al año siguiente se lleva al cabo un programa para el control del cáncer cervicouterino y mamario, en las clínicas de especialidades y en los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales.”<sup>205</sup> En la década de los setenta el Plan Nacional de Salud estableció políticas prioritarias sanitarias que atender, entre las que destacó la atención preferente a la madre y al niño, así como la planeación familiar. Los programas para el otorgamiento de atención obstétrica institucional a toda la población derechohabiente con la finalidad de hacerla partícipe de las ventajas de la atención materno-infantil en cuanto a la reducción de riesgos de morbilidad, se inició desde 1974 con la implementación de programas de orientación familiar en todas las Clínicas Hospitales de Campo, en las que a la vez se iniciaron, de acuerdo con la política nacional al respecto, cursos de adiestramiento a parteras empíricas. Con el avance de los sexenios la salud materna se fue consolidando y encontramos que en la década de los noventa, entre las principales y más destacadas, fue el alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido y la promoción de la lactancia materna como partes integrantes del Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre. En 1999, cerca de nueve de cada diez centros de atención adscritos a este programa habían recibido la certificación internacional auspiciada por

---

<sup>204</sup> *Ibidem.*, p.164

<sup>205</sup> *Ibidem.*, p.233

UNICEF, “lo que coloca a México en el primer lugar en América Latina y entre los tres primeros a nivel mundial en cuanto a certificación de hospitales”.<sup>206</sup>

---

<sup>206</sup> Consejo Nacional de Población. **Situación actual de la mujer en México. Diagnóstico sociodemográfico**. México, 2000. p.51

## Capítulo 5

### Contexto y Surgimiento del Concepto de Salud Reproductiva

#### 5.1. Antecedentes y fuentes para el surgimiento de los Derechos Reproductivos

El surgimiento de los derechos reproductivos y su consiguiente derivación en salud reproductiva guarda sus antecedentes en la base doctrinaria de los derechos humanos. De esta manera los fundamentos se encuentran en cada una de las declaraciones internacionales entorno a la protección y garantías de los derechos humanos, así como en el seguimiento a través de mecanismos institucionalizados como los comités de monitoreo de la ONU, y en el papel del los Estados firmantes con la promoción que realizan para el reconocimiento legal de estos derechos. En este sentido el derecho a la autodeterminación reproductiva se basa en el derecho a planear la propia familia, al de la libertad de recibir información veraz y oportuna para las decisiones reproductivas, al derecho de ser libre de cualquier tipo de violencia y coerción que afecten la sexualidad y reproducción de la mujer. Los Derechos Humanos son reconocidos por el Estado a través del desempeño de los parlamentos y congresos con la producción de leyes. Así, "el Estado no crea los Derechos Humanos sino los reconoce, los precisa, fija su extensión y sus modalidades, y establece los mecanismos y procedimientos para su adecuada tutela y conservación." <sup>207</sup> En este sentido, mientras los Derechos Humanos son principios generales y abstractos, "las garantías individuales son normas que delimitan y precisan tales principios; representan la dimensión, límites y modalidades bajo las cuales el Estado reconoce y protege un Derecho Humano determinado." <sup>208</sup> La Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948 por parte de la Asamblea General de Naciones Unidas es un documento que ha servido de base para otras reglamentaciones, acuerdos, constituciones y normativas que pretenden tutelar el bienestar y protección de la vida. A pesar de ello algunos especialistas comentan que la Declaración se torna obsoleta por los constantes avances científicos, tecnológicos y humanos, especialmente, en temas como la reproducción y la percepción de la vida y del cosmos.

---

<sup>207</sup> Jorge Madrazo. **Derechos Humanos: el nuevo enfoque mexicano**. Fondo de Cultura Económica. México. 1993, p.11

<sup>208</sup> Jorge Carpizo McGregor. **La Constitución Mexicana de 1917**, 7ª edición, México, Porrúa, 1986, p.153



### 5.1.1 Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos.

Los tratados internacionales son acuerdos que se suscriben y se aplican entre los países miembros de la ONU para cumplir con ciertos temas del interés de la comunidad internacional. A este respecto un Tratado Internacional es: “un acuerdo escrito entre naciones –similar a un contrato entre empresas- que es regido por la legislación internacional”.<sup>209</sup> Un país se convierte en Estado miembro de un tratado una vez que su gobierno ha firmado y ratificado el acuerdo y lo ha incorporado a sus leyes nacionales. Los estados miembros están obligados a respetar las disposiciones de un tratado o, cuando menos, hacer un esfuerzo de “buena voluntad” para trabajar por el cumplimiento del acuerdo.<sup>210</sup> Los tratados sobre derechos humanos deben ser garantizados por los gobiernos hacia sus ciudadanos lo que establece una serie de obligaciones y responsabilidades para su cumplimiento, y es la ONU la encargada de velar por los derechos humanos a nivel mundial.

Cada uno de los tratados internacionales tiene dos tipos de obligaciones:

Obligaciones negativas: por medio de las cuales los gobiernos acuerdan no violar los derechos especificados por un tratado.

Obligaciones positivas: por medio de las cuales los gobiernos acuerdan tomar medidas preactivas a fin de garantizar o proteger los derechos especificados por un tratado.<sup>211</sup>

Los órganos de vigilancia de tratados o comités de las Naciones Unidas realizan la labor de monitoreo para que los países firmantes den cabal cumplimiento a cada uno de los tratados, por lo que entre sus funciones están la de “emitir periódicamente o según sea necesario, comentarios generales o recomendaciones cuyo objetivo es clarificar los amplios derechos y garantías que los tratados internacionales han establecido.”<sup>212</sup> Los comentarios buscan ayudar a los gobiernos a cumplir las obligaciones adquiridas en los tratados. Los tratados sobre derechos humanos y sus respectivos comités de vigilancia son:

---

<sup>209</sup> Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados. 1980

<sup>210</sup> Ibidem, artículo. 26

<sup>211</sup> Centro de Derechos Reproductivos. Haciendo de los Derechos una Realidad: Un análisis del Trabajo de los Comités de Monitoreo de la ONU sobre Derechos Reproductivos y Sexuales. <http://www.reproductiverights.org>

<sup>212</sup> Idem

**Comité contra la Tortura para los asuntos de la Convención** contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (Convención contra la Tortura). El Comité se estableció en 1987 y tiene como mandato codificar el “compromiso existente de erradicar todas las formas de tortura y asegurarles a todas las personas una adecuada protección contra la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, incluida la violencia por razón de género”.<sup>213</sup>

**Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer** (Comités de la CEDAW), para los asuntos de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. El comité se estableció en 1982 y la Convención tiene el mandato de definir la discriminación contra las mujeres como “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer...de los derechos humanos y las libertades fundamentales es las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.”<sup>214</sup> Específicamente sobre el tema de los derechos reproductivos en el artículo 10 obliga a los Estados a tomar medidas para eliminar la discriminación contra las mujeres, así como proveerles acceso igualitario a materiales informativos y asesoramiento sobre planificación familiar; en el artículo 11 la prohibición de toda clase de discriminación contra las mujeres por motivo de embarazo a través de la implantación de la licencia de maternidad.

**Comités de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (CIDESC), para los asuntos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). El Comité se estableció en 1985 y el Pacto tiene el mandato de cubrir los “derechos relacionados con un adecuado nivel de vida, los más altos niveles posibles de salud física y mental, protección social, educación y el goce de los beneficios de la libertad cultural y el progreso científico, así como el derecho a trabajar en condiciones justas y satisfactorias”.<sup>215</sup> En este sentido el Comité ha solicitado a los miembros que incorporen los temas sobre educación en salud sexual y reproductiva, en particular a adolescentes para la prevención del VIH/SIDA. Además gira entorno al derecho que tiene toda persona de ejercer libremente su condición política. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que la protección de las leyes y la libertad de

---

<sup>213</sup> Idem

<sup>214</sup> Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

<sup>215</sup> Centro de Derechos Reproductivos. Haciendo de los Derechos una Realidad: Un análisis del Trabajo de los Comités de Monitoreo de la ONU sobre Derechos Reproductivos y Sexuales. <http://www.reproductiverights.org>

expresión se aplican por igual a las mujeres y los hombres. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer garantiza que la máxima participación de la mujer en todas las esferas, en igualdad de condiciones con el hombre, es indispensable para el desarrollo pleno y completo de un país, el bienestar del mundo y la causa de la paz. El artículo 16 dice que las mujeres deben tener “los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos”.

**Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CEDR)**, para los asuntos de la Convención Internacional sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (Convención contra la Discriminación Racial). El Comité fue creado en 1969 y la Convención tiene el mandato de describir “las medidas que los Estados deben tomar para asegurar la eliminación de la discriminación racial. Los Estados Miembros acuerdan garantizar que ni los gobiernos, los individuos o grupos ni las organizaciones se involucrarán en actos discriminatorios que violen los derechos humanos y las libertades individuales por motivos de raza, color, descendencia u origen nacional o étnico”.<sup>216</sup> Al respecto el Comité ha evidenciado la esterilización forzada y violencia sexual dentro de ciertos grupos raciales. Reconoce que la discriminación racial “afecta a las mujeres de manera diferente” y “puede tener consecuencias que afectan primordialmente o sólo a las mujeres, tales como el embarazo producto de violación motivada por prejuicios raciales...”<sup>217</sup>

**Comité de los Derechos del Niño y la Niñas (CDN)**, para los asuntos de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña (Convención del Niño y la Niña). El Comité fue establecido en el año de 1991 y la Convención tiene el mandato de garantizar a las personas menores de 18 años el derecho a no sufrir discriminación, a la vida, a la supervivencia, al desarrollo y a la participación política. Pone énfasis en el reconocimiento del derecho de niñas, niños y adolescentes “al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”.<sup>218</sup> Sobre salud reproductiva la Comisión a indicado a los Estados miembros a tomar medidas para “desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia”.<sup>219</sup> En su artículo 24, responsabiliza al Estado de asegurar una atención apropiada a la salud de las madres, de las niñas,

---

<sup>216</sup> Idem.

<sup>217</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación General XXV: Dimensiones de la discriminación racial relacionada al género (56ª sesión, 2000), en Compilación de Observaciones Generales y Recomendaciones Generales por Órganos de Tratados sobre Derechos Humanos, Doc. ONU, p.194

<sup>218</sup> Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña. 1990

<sup>219</sup> Idem.

los niños y las familias, además de que garantiza el derecho de niñas y niños al más alto nivel de salud.<sup>220</sup>

**Comité de Derechos Humanos (CDH)**, para los asuntos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Pacto de Derechos Civiles y Políticos). La Comisión se creó en el año de 1976 y el Pacto tiene el mandato de garantizar el derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad de la persona y a la privacidad. En su artículo 26, el Pacto vincula la garantía a los derechos reproductivos cuando indica la protección “a todas las personas contra toda discriminación y garantiza a todas las personas igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.<sup>221</sup> Con relación a cada uno de los comités y respectivos mandatos, los derechos reproductivos están enmarcados dentro de los principios internacionales de los derechos humanos y de ellos se pueden identificar:

- ✓ el derecho a la vida, a la libertad y la seguridad
- ✓ el derecho a la salud, la salud reproductiva y la planificación familiar
- ✓ el derecho a decidir el número y espaciamiento de los propios hijos e hijas
- ✓ el derecho a dar consentimiento para contraer matrimonio y a la equidad en éste
- ✓ el derecho a la privacidad
- ✓ el derecho a vivir libre de discriminación
- ✓ el derecho a modificar tradiciones y costumbres que violen los derechos de las mujeres
- ✓ el derecho de una persona a no ser sometida a tortura u otro tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante
- ✓ el derecho a vivir libre de violencia sexual
- ✓ el derecho a la educación y a la información
- ✓ el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones y a dar consentimiento para la experimentación

## 5.2. Surgimiento de la salud reproductiva.

A partir de las políticas de población destinadas a bajar el ritmo de crecimiento poblacional, las mujeres de diferentes sectores sociales han podido controlar el número y momento de sus

---

<sup>220</sup> Idem.

<sup>221</sup> **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**, 1976.

embarazos, con lo que han hecho efectivo el derecho reconocido explícitamente en la 1era Conferencia Mundial de Población organizada por las Naciones Unidas, que tuvo lugar en Bucarest en 1974, en la cual se aceptó que las políticas de población estaban relacionadas con el desarrollo económico y se adoptó un plan mundial para detener el crecimiento demográfico.<sup>222</sup> Sin embargo, estas políticas se han puesto en práctica sin atender otros fenómenos y procesos sociales que se encuentran íntimamente ligados con la reproducción y la fecundidad, como son el lugar de las mujeres en la sociedad, el sentido y valorización de la maternidad, el significado simbólico de los hijos para los varones, el ejercicio de las sexualidades masculina y femenina. De esta manera, “un conjunto de prácticas que podrían tener como resultado el aumento de la autonomía y la disminución de la subordinación de las mujeres, no parece estar llevando a tales resultados sino, por el contrario, a un aumento sobre el control de las mismas.”<sup>223</sup> La salud reproductiva se vincula directamente con los derechos reproductivos, que a su vez se relacionan directamente con los derechos humanos, y su relevancia se sustenta en el hecho de que no solo incorpora a la planificación familiar, sino también a todos los otros aspectos vinculados con la sexualidad y la reproducción. Se consideran tres aspectos que marcaron el inicio formal de la salud reproductiva como una pauta a seguir dentro de las políticas públicas de salud de la mujer y control natal: la creciente preocupación por el incremento de la morbilidad y mortalidad materna a la par de deterioro de la atención de la salud materno-infantil; en segundo lugar el movimiento feminista a favor del desarrollo de las mujeres en todos los campos, entre ellos, el de la salud; y en tercer lugar, la identificación a nivel internacional del estancamiento de los programas de planificación familiar al no ser considerados directamente en los programas de salud. Evidentemente el año de 1994 se identifica como el del surgimiento del nuevo paradigma entorno a la manera de percibir la sexualidad y la reproducción particularmente de las mujeres, dentro de la conferencia internacional de población efectuada en El Cairo, que marcó el establecimiento de los lineamientos esenciales en materia del estado de la población mundial y de la salud reproductiva en particular. Sin embargo el contexto se sitúa a partir de la década de los noventa en el que sobresalen los debates mundiales y nacionales acerca de los derechos humanos y el desarrollo humano de la mano de las cuestiones de salud reproductiva, derechos reproductivos, violencia contra la mujer y responsabilidad

---

<sup>222</sup> Cristina Puga Espinosa. y David Torres Mejía. ob.cit, p.71

<sup>223</sup> Alma Gloria Nájera Ahumada, María Blanca López Arellano, et al. “Maternidad, Sexualidad y Comportamiento Reproductivo: Apuntes sobre la Identidad de las Mujeres”.

masculina por las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Las conferencias de las Naciones Unidas realizadas en la década de los 90 como fueron la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la CIPD (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), se erigieron como los parteaguas para la transición del paradigma relativo a las políticas de población a nivel mundial. De esta manera el desarrollo en la defensa de los derechos reproductivos se sustenta en primer lugar en los movimientos de planificación familiar que supera las trabas legales, culturales y religiosas que inciden directamente en las decisiones de las personas sobre la conveniencia de regular su fecundidad. En segundo lugar la necesidad de controlar premeditadamente la fecundidad en pro de asegurar una planeación sobre el número de hijos y establecer prioridades dentro del núcleo familiar y mantener una sexualidad en libertad de decidir embarazos o no, y en tercer lugar se sustenta en el surgimiento del empoderamiento de la mujer que se considera como “la autodeterminación reproductiva como una parte y como un medio más que como un fin en sí misma”.<sup>224</sup>

### 5.2.1. La Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994)

Las principales metas que busca alcanzar la conferencia en todos estos años y a partir de su creación es la de lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, para lo cual definió sus componentes en: planificación familiar; salud de la madre; prevención del aborto y atención de las complicaciones del aborto realizado en malas condiciones; prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA; y eliminación de las prácticas tradicionales, como la mutilación genital femenina. El Programa de Acción centró una atención sin precedentes en la igualdad de género, equidad y empoderamiento de las mujeres pues se estableció que:

La habilitación y la autonomía de la mujer es un fin sumamente importante en sí mismo, y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria constituyen en sí un fin de la mayor importancia, que permitirán lograr el desarrollo sostenible. Además “la experiencia demuestra que los programas de población y desarrollo

---

<sup>224</sup> Juan Guillermo Figueroa. ob. cit., p.3

tienen la máxima eficacia cuando, al mismo tiempo, se adoptan medidas para mejorar la condición de la mujer.<sup>225</sup>

Otro de los puntos importantes que destaca el documento es el referente al crecimiento de la población, que es consecuencia de la pobreza y las inequidades de género. Establece que “las modalidades irracionales de consumo y producción” contribuyen al uso insostenible de los recursos naturales y a la degradación del medio ambiente, así como a reforzar las desigualdades de género y la pobreza. Uno de los temas que engloba el significado de la conferencia es de:

...integrar explícitamente la población en las estrategias económicas y de desarrollo acelerará el ritmo del desarrollo sostenible y del alivio de la pobreza y a la vez contribuirá al logro de los objetivos demográficos y a un aumento de la calidad de la vida de la población (así como también el fomento de) la aplicación de eficaces políticas de población en el contexto del desarrollo sostenible, incluidos los programas de salud reproductiva y de planificación de la familia.

Pero la contribución más importante de esta conferencia y que repercute en las formas de entender la salud de la mujer dentro del contexto de su sexualidad es el consenso acerca de lo que significaban los derechos reproductivos y la salud reproductiva.

#### 5.2.1.1. Definición de salud reproductiva.

La salud reproductiva es un concepto que se acuñó a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo, 1994) y en la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995). Así pues se define a la salud reproductiva como:

*...un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.*

---

<sup>225</sup> Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo 1994

*En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.<sup>226</sup>*

Esta definición fue la que se aceptó y bajo la cual todos y cada uno de los países que firmaron los compromisos, iniciaron el diseño de políticas públicas encaminadas a promover y atender la salud reproductiva y con la ayuda de nuevos marcos legales que fortalezcan y sustenten ésta labor.

#### 5.2.1.2. Concepto de Derechos Reproductivos

Los derechos reproductivos se desprenden de los derechos humanos más básicos y abarcan principalmente el derecho a la autodeterminación reproductiva y el derecho a la atención de la salud reproductiva. Los derechos reproductivos son apoyo de la salud reproductiva y su delimitación:

*abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el*

---

<sup>226</sup> Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Párrafo No. 7.2



*reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a [decidir] libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.* <sup>227</sup>

Los derechos reproductivos abarcan los aspectos relacionados con la etapa reproductiva de la mujer, refiriéndose específicamente a la libertad en la elección del número de hijos, al libre ejercicio y goce de la sexualidad, a las responsabilidades del cuidado de los hijos, a la posibilidad de interrumpir el embarazo no deseado. Asimismo marca las pautas para el derecho al acceso a los medios para influir sobre la reproducción y para tomar decisiones, particularmente sobre el control de la fecundidad, que solo se puede obtener con una información adecuada y pormenorizada, pero sobre todo “el respeto a las decisiones de las personas en el nivel de las relaciones de pareja, de las relaciones institucionales y de las relaciones sociales.” <sup>228</sup> Esto conlleva al derecho a la autodeterminación planteado también en la conferencia de El Cairo, y se define como el derecho a decidir y planear el número de la familia, así como de estar libre de interferencias en la toma de decisiones reproductivas; pero esta libertad de autodeterminación llega hasta el aspecto de la autonomía corporal y de integridad física; y de estar libre de violencia o coerción física en el aspecto de la sexualidad y reproducción. La autodeterminación se puede sintetizar en la promoción y atención de la igualdad de género, equidad y empoderamiento de las mujeres, como se manifiesta en la plataforma de acción de El Cairo: “la habilitación y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria constituyen en sí un fin de la mayor importancia”. <sup>229</sup> Sobre el asunto del aborto no promueve que su legalización sirva únicamente como una vía para la anticoncepción, sino que por el contrario, indica que:

---

<sup>227</sup> Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Párrafo No. 7.3

<sup>228</sup> Juan Guillermo Figueroa. ob. cit., p.3

<sup>229</sup> Programa de Acción de la CIPD, párrafo 4.1

...no se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso del aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia.<sup>230</sup>

Pero otra tendencia de los derechos reproductivos es la de ser un contrapeso a favor del sector femenino frente a la intervención unilateral y autoritaria de los programas, de las políticas y del mismo sexo masculino en el ámbito de la reproducción, ya que han existido evidencias recurrentes de “prácticas sociales contradictorias, planes y políticas estatales, internacionales y de organismos privados que se perciben contrarias a las normas universales que definen las sociedades de hoy las categorías persona y ciudadano/a: la libertad, la igualdad y la dignidad de los seres humanos.”<sup>231</sup> Los derechos reproductivos defienden el derecho de toda persona a participar en la construcción de su vida sexual y reproductiva de acuerdo a sus propios intereses y sin que el entorno sociocultural se lo impida; en este sentido Figueroa establece que la defensa de los derechos reproductivos es el “proceso por el cual se promueve la solución democrática de los diferentes dilemas o conflictos éticos que pueden surgir en el espacio de la reproducción.”<sup>232</sup> Por todo lo anterior la premisa de la salud reproductiva adoptada en El Cairo en el año de 1994 es la vinculación entre el tamaño, crecimiento y distribución de la población y las perspectivas de desarrollo económico y social. Se basa en la histórica protección de los derechos humanos tomando como fuente los Convenios internacionales sobre el particular e instituyendo como suya a la igualdad de género como principal herramienta para el empoderamiento de las mujeres, a través del desarrollo sostenible para la lucha contra la pobreza que se identifica como uno de los causantes de la sobrepoblación, inequidad de género y la deficiente atención salud reproductiva. Identifica como principales problemas la alta mortalidad de menores de 1 año de edad y de las madres; los escasos

---

<sup>230</sup> Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párrafo 8.25

<sup>231</sup> Juan Guillermo Figueroa. ob. cit., . p.17

<sup>232</sup> *Ibidem.*, p.9

servicios de salud reproductiva y planificación familiar; la hambruna dentro de los cinturones de pobreza principalmente de los países en vías de desarrollo; la ineficiente preservación del medio ambiente; los altos índices de contagio del VIH/SIDA; y las causas de la continuación del círculo del subdesarrollo. Asimismo los bajos recursos destinados por los Estados y el déficit de servicios; la propagación del VIH/SIDA; los adolescentes en riesgo por desconocimiento de métodos anticonceptivos y las altas tasas de fecundidad, representan dificultades para la adecuada implementación de la salud reproductiva en el mundo. Tomando como referencia los puntos aprobados dentro de la conferencia, las propuestas y acciones se instauran a partir de la integración de los factores de población con los planes de desarrollo, mejora de los servicios de salud reproductiva, promoción de los derechos de la mujer, satisfacción de las necesidades de los jóvenes y de las personas en situación de emergencia; fortalecimiento en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, con mayor énfasis en el VIH/SIDA; y el mejoramiento y promoción de los servicios de planificación familiar.

### 5.2.2. La Conferencia Internacional Beijing, China (1995)

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer se celebró en septiembre de 1995 en Beijing, China con la finalidad de promover y aumentar la igualdad de oportunidades para la mujer. Existen tres Conferencias Mundiales previas a ésta, las cuales se llevaron a cabo en la Ciudad de México (Año Internacional de la Mujer, 1975), Copenhague (1980) y Nairobi (1985) La Plataforma de Acción generada a partir de dicha Conferencia menciona entre otros, que:

- La mujer tiene el derecho de disfrutar del mejor estado de salud tanto física como mental, lo cual es vital para su vida, su bienestar y su posibilidad para participar en todas las áreas de la vida pública y privada;
- La buena salud es esencial para realizar una vida productiva y satisfactoria y el derecho de toda mujer al control de su fertilidad son elementos básicos para su empoderamiento;
- La salud reproductiva es vista desde una perspectiva integral;
- Los derechos sexuales incluidos en los derechos individuales son considerados elementales en el control y decisiones libres y responsables de la mujer en cuanto a su comportamiento sexual y reproductivo.

- Es derecho de mujeres y hombres, estar informados y tener un acceso seguro, efectivo, accesible y aceptable de los métodos anticonceptivos de planificación familiar de su elección.
- Compartir responsabilidades entre mujeres y hombres en materia de comportamientos sexuales y reproductivos es también esencial para mejorar la salud de la mujer, etc. <sup>233</sup>

También dentro de esta conferencia destacaron los aspectos relativos a la perspectiva de género y en particular, consolidó lo establecido en 1994 acerca de los derechos reproductivos. Parte fundamental de la plataforma de acción es el imperativo hacia los Estados para que fomenten y concreten políticas encaminadas al desarrollo de la salud de la mujer en todos sus ámbitos; por ello los Estados se comprometen a “fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención a la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad”. <sup>234</sup> Posteriormente en el año 2000, organizaciones no gubernamentales y más de 180 países se reunieron en una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas con la finalidad de revisar la implementación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995 y las conclusiones a las que se llegaron se denominaron “Nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing”, que analiza y evalúa los compromisos adquiridos por los países suscritos a la declaración. Entre los principales avances destaca el cambio de postura de algunas delegaciones que en principio no apoyaban las recomendaciones progresistas entorno al desarrollo de la mujer, particularmente los de América Latina. Los nuevos compromisos asumidos por la reunión, cinco años después, fueron las de “asegurar un ambiente legal no-discriminatorio para el año 2005; la incorporación de los objetivos fechados de Cairo+5 (la revisión de la implementación de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, cinco años después); y la mejora de la educación para adultos en 50% para el año 2015.” <sup>235</sup> Específicamente sobre derechos reproductivos el Documento de Revisión instruye a los Estados a “examinar y revisar las políticas, los programas y las leyes nacionales a fin de

---

<sup>233</sup> Estrategias de campaña sobre consentimiento informado en planificación familiar. Estrada Sotelo, Erika María. 2001, p.p. 11-12

<sup>234</sup> Plataforma de Acción de Beijing, Para.105, objetivos estratégicos C.1

<sup>235</sup> Nuevas Medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Anexo, Proyecto de Resolución II), Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General. <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/beijing+5.htm>

aplicar” el documento acordado en Cairo+5, particularmente las “metas” relacionadas con la mortalidad materna, provisión de la más amplia gama posible de métodos anticonceptivos seguros y efectivos, y la reducción de l riesgo juvenil al VIH/SIDA. <sup>236</sup> Sobre la mortalidad materna el documento establece que los Estado deben “lograr que la reducción de la morbilidad y mortalidad derivadas de la maternidad constituyan una prioridad del sector de la salud y que las mujeres tengan fácil acceso a cuidados obstétricos esenciales, servicios de salud materna bien equipados...” <sup>237</sup> Acerca de los derechos reproductivos de los y las adolescentes, se reafirma el compromiso de los gobiernos de aplicar programas con la total participación de los adolescentes para asegurar que tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, educación e información. La cláusula hace referencia a “su derecho a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento”. Afirma la responsabilidades, derechos y obligaciones de los padres para dar dirección y guía en el ejercicio de los derechos de los menores reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, “velando porque en todas las medidas relativas a los niños, la consideración primordial sea el mejor interés del niño”. <sup>238</sup> De la violencia basada en el sexo y el género, se establece la importancia de revalidar el Estatuto de Roma y de los crímenes basados en el género que define como crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad, incluyendo la violación, la esclavitud sexual, el embarazo forzado y la esterilización forzada, “con el fin de impedir que se produzcan esos crímenes...” <sup>239</sup>

### 5.2.3. Democracia y Perspectiva de Género

Una de las labores más importantes de las organizaciones encargadas de la promoción de los derechos de la mujer es el concerniente a la necesidad de los países para la adopción de medidas para habilitar a la mujer y eliminar la desigualdad entre hombres y mujeres “...eliminando todas las prácticas que discriminan contra la mujer; ayudando a la mujer a establecer y realizar sus derechos, incluidos los relativos a la salud reproductiva y sexual;...eliminando la violencia contra la mujer;...eliminando las prácticas discriminatorias de los empleadores contra la mujer, tales como las que exigen prueba del uso de anticonceptivos o la declaración del embarazo;...haciendo posible, mediante la aprobación de leyes y reglamentos y la adopción de otras medidas apropiadas, que la

---

<sup>236</sup> *Ibidem*. Beijing +5

<sup>237</sup> *Ibidem*, Beijing+5

<sup>238</sup> *Idem*. Beijing+5

<sup>239</sup> *Ibidme*. Beijing+5

mujer combine las funciones de dar a luz, amamantar y criar a sus hijos con la participación en la fuerza de trabajo. <sup>240</sup> Los objetivos del Programa de Acción en materia de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos están firmemente vinculados con sus objetivos para la habilitación de la mujer y la igualdad de género, y ambos conjuntos de objetivos se refuerzan mutuamente.

#### 5.2.4. Presupuestos con un Enfoque de Género

Todas estos acuerdo van encaminados a que los Estados formulen e implementen políticas con la base de una perspectiva de género a favor de la integración e igualdad de las mujeres y una parte toral de esto es la asignación de los recursos públicos por lo que existen tendencias a favor de lograr partidas presupuestales con enfoque de género:

- No son presupuestos separados para las mujeres o para los hombres.
- Se enfocan en una perspectiva de género y en su incorporación en todos los aspectos de la elaboración de presupuestos a nivel nacional y local.
- Promueven el compromiso activo y la participación de los grupos de interés de mujeres.
- Monitorean y evalúan los gastos y rentas gubernamentales desde un enfoque de género.
- Promueven el uso más efectivo de los recursos para lograr tanto la equidad de género como el desarrollo humano.
- Enfatizan la *re-elaboración de prioridades* en vez del incremento del gasto público en general.
- Destacan la *re-orientación* de los programas dentro de sectores en vez de cambios de las cantidades generales asignadas a sectores específicos. <sup>241</sup>

---

<sup>240</sup> Programa de Acción de la CIPD, párrafo 4.4.

<sup>241</sup> Iniciativas de Presupuestos para América Latina y el Caribe con Enfoque de Género: Una Herramienta para Mejorar la Fiscalización y Lograr la Implementación Efectiva de Políticas. Preparado para la Octava Conferencia Regional Sobre la Mujer de América Latina y el Caribe-Beijing +5 Lima, 8-10 de Febrero del 2000.UNIFEM. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

### 5.2.5. Derechos Reproductivos en México

En México, los derechos reproductivos están consagrados en el Artículo 4º de la Constitución Mexicana: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos". Es una garantía individual que mujeres y hombres decidan cuántos hijos e hijas tener y cuándo tenerlos, y que, sea cual fuere su decisión, el Estado proteja su salud y bienestar en todos los aspectos ligados a la procreación. Sin embargo, las leyes vigentes aún no admiten una gama amplia de posibilidades de control de la fecundidad ni reconocen explícitamente el derecho de la mujer a decidir sobre los asuntos que afectan su sexualidad y reproducción, derecho que incluye la posibilidad de decidir un aborto. Los derechos reproductivos comprenden, entre otros aspectos, la posibilidad de que las mujeres elijan, según su conciencia, si han de interrumpir o no un embarazo. Los códigos penales de los estados no admiten totalmente esta posibilidad, y las salvedades que consienten son, en la mayoría de los casos, impracticables. En el Distrito Federal se han dado cambios legislativos importantes que están abriendo la posibilidad de que en el caso de violación, la interrupción del embarazo sea una opción real para las mujeres. Existen diversas formas de intercambio y colaboración entre los países, y es la cooperación técnica una de las más eficaces para impulsar el desarrollo, campo en el que México ha participado permanentemente y activamente en los diferentes foros y organismos internacionales. La protección y promoción de los derechos reproductivos en México se encuentran protegidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico que fue establecida por Decreto Presidencial y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996 y entre sus atribuciones resaltan las siguientes:

- Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones
- Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos por la posible irregularidad en la prestación o negativa de estos servicios

Asimismo la Comisión Nacional de Derechos Humanos es la responsable de la protección de los derechos humanos que otorga el orden jurídico mexicano de ahí que "tanto la población usuaria como los prestadores de servicios de salud reproductiva y planificación familiar deberán

estar informados de los objetivos, funciones y desempeño de las Comisiones Nacionales de Arbitraje Médico y de Derechos Humanos." <sup>242</sup>

---

<sup>242</sup> Secretaría de Salud. **Derecho a la libre decisión...**, p.43



## Capítulo 6

### Implementación de las Políticas para la Atención de los Servicios Públicos en Salud Reproductiva (1995-2004)

#### 6.1. Primera incorporación de los componentes de la Salud Reproductiva en los Programas de Salud en México (1955-2004)

El primer paso que dio el Estado mexicano para proporcionar a la población las bases legales para el libre comportamiento reproductivo fue el artículo cuarto constitucional pues con él se constituye la aparición de los derechos reproductivos, aunque de inicio no se denominaron de tal manera. Sin embargo, "las complicaciones existen potencialmente desde que se establecen metas demográficas y se pretende alcanzarlas con la modificación del comportamiento reproductivo de la población."<sup>243</sup> A partir del año de 1977 y hasta el 2000, se han ejecutado cinco programas de planificación familiar orquestados por las tres instituciones de salud más importantes: ISSSTE, IMSS y Secretaría de Salud y fue hasta 1984 que se incluyeron las bases para el ejercicio de la planificación familiar dentro de la Ley General de Salud. Es importante destacar, para el cambio de servicios exclusivamente de planificación familiar a una política de salud reproductiva, que hasta antes de 1995 cuando surge el primer documento oficial con enfoque de derechos reproductivos, las acciones del sector salud no tenían mayor vinculación con las políticas de población; y fue a partir de la Conferencia de El Cairo, que "se incrementa la participación real de la sociedad civil en las actividades oficiales de salud reproductiva,"<sup>244</sup> y que fue solo hasta que se vislumbró un cambio en la política de población, para que existiera un incremento en la cobertura del uso de métodos anticonceptivos. Esencialmente lo que se busca demostrar es el cambio de una política de planificación familiar per se, a otra dimensión denominada salud reproductiva, que además de continuar con dicha planificación, incluye los aspectos relativos a la salud de la mujer dentro del ámbito de la reproducción y embarazo, que evidentemente se relaciona con las actividades de control natal. Por ello se describen los objetivos, metas y estrategias de los planes de acción

---

<sup>243</sup> Juan Guillermo Figueroa. ob. cit., p.6

<sup>244</sup> Yolanda Palma Cabrera. "Debe darse atención a los adolescentes", en **DEMOS. Carta demográfica sobre México 2003-2004**, Instituto de Investigaciones Sociales-Universidad Nacional Autónoma de México, México. p.p. 24-26

entorno a la planificación familiar y salud reproductiva que surgen de manera formal y legal, a partir de 1995.

#### 6.1.1. Programa del Sector Salud 1995-2000

Es necesario señalar que la planificación familiar y los asuntos relativos a la atención de la salud materna, se manejaban separadamente; los avances más evidentes se reflejaron en la baja de la tasa de fecundidad; sin embargo quedaban de lado los aspectos sociales y culturales de las preferencias y necesidades específicas de las usuarias, es decir, que los mecanismos en el servicio de planificación familiar se concentraba en la dotación de solo algunos métodos anticonceptivos por lo que el público tenía opciones limitadas además que los sectores menos informados desconocía la gama de anticonceptivos; esto conllevó a que en la mayoría de los casos el tipo de atención fuese rígido y dejando de lado el aspecto humano en un tema que por sus características, confrontaba a los usuarios con su perfil cultural y tradicionalista del ejercicio y atención de la sexualidad. Esta problemática fue identificada a nivel internacional como una constante de los gobiernos al ofrecer servicios de planificación familiar autoritarios o en algunos casos era inexistente tal servicio, además de que los cambios a favor de una apertura cultural en el sector de la mujer fueron evidenciando que el tema del respeto a la equidad de género era la clave para profundizar en varios temas mas relacionados con el desarrollo de la mujer, tanto a nivel social y cultural, como en el de la salud. De ahí que los compromisos asumidos por los países miembros de la ONU, se volvieron prioritarios dentro de sus agendas de gobierno reflejados en los documentos nacionales de salud y más adelante, en el de desarrollo de la mujer. De esta manera, en el caso de México, existe un parteaguas en la atención de la salud de la mujer en el aspecto de su sexualidad y fecundidad con base en el reconocimiento de los beneficios que implican para los destinatarios de los servicios de planificación familiar y salud materna dentro de este contexto. La muestra fue que a partir de que en la administración del presidente Ernesto Zedillo Ponce de León, se presentó el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, que de acuerdo a sus objetivos y metas se desprendió el primer plan de trabajo con el contenido de los derechos reproductivos. El programa de salud identificó una insuficiente calidad y limitada eficiencia en la prestación de los servicios de salud en general; nula coordinación y un acentuado centralismo, que al mismo tiempo eran los mismos problemas entorno a la salud de la mujer. De esta manera fijó los siguientes objetivos para la actividad de salud pública del sexenio:

1. establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios.
2. ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal.
3. concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas aún centralizadas y profundizarla en las restantes.
4. ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada residente en áreas rurales y urbanas que actualmente tiene acceso limitado o nulo.<sup>245</sup>

Estos objetivos generales de la política de salud fueron el común denominador de todos los programas derivados de él, y el de Planificación Familiar y Salud Reproductiva también seguiría estas pautas de acción. Es importante señalar que la historia de la prestación de los servicios de salud ha pasado por diferentes etapas y prioridades de acuerdo al momento. En este sexenio se enfatizó la necesidad de calidad ante constantes fallas en la atención médica; de llevar a la práctica el discurso de universalidad de la salud ampliando la cobertura presupuestal y de infraestructura con el apoyo de la aplicación de esquemas de descentralización y dirigido principalmente al sector de grupos en situación de vulnerabilidad. En este sentido se especificó la creación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar en el que se ampliaron los servicios de planificación familiar y atención materno-infantil para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, cáncer cérvicouterino y mamario así como el riesgo preconcepcional. El programa se dividió en planificación familiar, salud reproductiva en los adolescentes, salud de la madre y el recién nacido, disminución del riesgo preconcepcional, detección y control de cánceres cérvicouterino y mamario y prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Las metas que se incluyeron fueron principalmente, con respecto a datos y estadísticas de años anteriores, las de disminuir la tasa de mortalidad materna registrada en 1990 en 50 por ciento, la tasa de mortalidad hebdomadal en 20 por ciento; la incidencia de bajo peso al nacimiento a menos de 7 por ciento; la morbilidad perinatal ocasionada durante las fases tempranas del embarazo o durante el periodo perinatal en 10 por ciento.<sup>246</sup> Se organizó dentro de un solo esquema de trabajo, los aspectos más importantes que manifestaron un crecimiento en los casos relativos a la salud de la mujer en materia de prevención de embarazos, gestación y posparto; además que por la influencia de los

---

<sup>245</sup> Poder Ejecutivo Federal. **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000**. p.14

<sup>246</sup> *Ibíd*em, p. 33

compromisos adquiridos en este campo a nivel internacional se reforzó la intención del gobierno de estructurar de manera conjunta e interrelacionada cada uno de estos puntos dentro del mencionado programa.

### 6.1.2. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000

Las tendencias que sobre sexualidad se dieron a nivel mundial, concretándose con las Conferencias de El Cairo y la de Pekín, sentaron las bases para otorgar derechos sobre la libertad de ejercer la sexualidad de las personas, con la colaboración de organizaciones no gubernamentales que tiempo atrás habían trabajado para el fortalecimiento de los derechos sexuales. En el caso mexicano, en 1995 se instaló el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (GISR), constituido por instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Salud (SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SM, SEDENA), la Secretaría General del Consejo Nacional de Población, la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Nacional Indigenista, la Comisión Nacional de la Mujer y por siete organismos de la sociedad civil (ONG): Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), Federación de Asociaciones Privadas de Salud y Planificación Familiar (FEMAP), Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo, Grupo Interinstitucional de Reproducción Elegida (GIRE), Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, y Católicas por el Derecho a Decidir. Sus funciones fueron las de proponer y crear las políticas, normas oficiales mexicanas y procedimientos para los programas de salud reproductiva, así como programar y evaluar las actividades de salud reproductiva en cada una de las instituciones que conforman el grupo. Los primeros resultados de este grupo fueron la formulación del *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000*, en el marco del Programa de Reforma del Sector Salud y del Programa Nacional de Población 1995-2000 el cual puntualizó la necesidad de garantizar el acceso universal de las mujeres a los servicios de salud reproductiva. A partir de 1995 el gobierno mexicano entregó a la ciudadanía el primer plan con carácter de salud reproductiva derivado de los amplios debates y consensos aprobados a nivel internacional entre los países adheridos a las Naciones Unidas. Aunque en el fondo sigue siendo una política de planificación familiar se insertó dentro del concepto más amplio de la Salud Reproductiva, que fue entendida como *"el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva"*

*satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.*" <sup>247</sup> Este esquema de trabajo gubernamental de un primer diseño de política pública con la orientación amplia de salud reproductiva fue fundamental para entender y demostrar el cambio de los servicios meramente de planificación familiar que se habían ofrecido en sexenios anteriores, hacia otro con carácter de salud y derechos reproductivos, que fue posible a partir de la incorporación de bases conceptuales y técnicas en la prestación de servicios de planificación familiar, y reconociendo que la salud no era ya exclusivamente ausencia de enfermedades que se resolvían una vez que se padecían, sino que la principal línea de acción es la prevención, pero fundamentalmente se trata de que la salud, en aspectos del proceso de reproducción, es un estado de bienestar que se acompaña del reconocimiento social, físico y mental de que el ejercicio de la sexualidad es un derecho que debe ser reconocido, a la vez de que debe gozar de garantías institucionales para ello y de tener al alcance los medios necesarios, entiéndase métodos anticonceptivos y de prevención de enfermedades de transmisión sexual, para estar libre de riesgos. Este es el fundamento por medio del cual se formaliza a nivel del Estado, el cambio de postura, o si se quiere, de un reconocimiento legítimo de que la atención de problemas derivados del ejercicio de la sexualidad y control de la fecundidad, debe incluir los aspectos humanos, sociales y culturales para que el individuo disfrute, ejerza y tenga libertad de su sexualidad; la dimensión en la cual se encuentran estos fundamentos es lo que se reconoce como salud reproductiva. A partir de que se aprobó la Ley de Población en el año de 1974 y las modificaciones al artículo 4 constitucional en los años ochenta, la atención de la salud de la mujer relacionado con temas específicos como son el control de la fecundidad, la atención materno-infantil, así como la libertad de decisión en el número de hijos, que culturalmente ha quedado en su exclusiva responsabilidad, no habían sido contemplados dentro de un solo programa o enfoque holístico específicamente detallado que englobara en uno solo todos los aspectos de la salud de la mujer y con base en el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos.

Fue con éste programa, que por vez primera el gobierno atendió esta materia de salud pública dentro de un solo plan integral de acción. Se incorporaron en el programa, además de las medidas a mantener el descenso de la tasa global de fecundidad, el de objetivos tendientes a garantizar la salud perinatal, es decir, los cuidados a la mujer embarazada, el feto y recién nacido;

---

<sup>247</sup> Poder Ejecutivo Federal. **Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000**

se establecieron estrategias para reducir los riesgos preconceptionales y para prevenir las neoplasias en el tracto reproductor de la mujer. Por vez primera se dividieron dos categorías: sexualidad y reproducción, por lo que se consideró adoptar medidas para garantizar a la población una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos. Se incorporan explícitamente políticas tendientes a enfrentar las enfermedades de transmisión sexual, incluidas las relacionadas con el VIH. Esto implicó una nueva visión de los programas de gobierno acerca de la independencia y libertad que tiene sobre su propio cuerpo. En este aspecto se considera el ingreso de la perspectiva de género dentro de un programa federal de gobierno al establecer la igualdad de oportunidades que contribuyeran a la emancipación y defensa de los derechos de las mujeres, sobre todo en materia de salud sexual y reproductiva. Asimismo va de la mano con los consensos internacionales que establecieron las pautas para que los Estados adscritos a las Naciones Unidas incorporaran los lineamientos en defensa de los derechos reproductivos. Estableció una serie de objetivos generales y específicos para cada uno de los campos de actividad de la política de salud reproductiva. Para lo referente a la Planificación Familiar el objetivo principal fue encaminado a la consolidación del acceso universal tanto de los servicios como de la información para la población en general; la obtención de diversos y mayor variedad en las opciones de métodos anticonceptivos contrarrestando la utilización de sólo alguno de ellos, con apego a la establecida Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993, para los servicios de planificación familiar. Los objetivos específicos para la aplicación de la política de Planificación Familiar procuraron “fortalecer y ampliar la cobertura y calidad de la información, educación y comunicación de las acciones”,<sup>248</sup> que eran acordes con los objetivos generales del programa de salud. Disminuir el nivel de fecundidad, que en realidad se ha demostrado que significa mantener el mismo nivel en un 2.7 de hijos por mujer. Reducir los embarazos no deseados o de alto riesgo, fortalecimiento de la estructura familiar a efecto de que la sexualidad sea un acto en consenso entre las parejas; realzar más el papel del varón para participar en la anticoncepción; ampliar los servicios en las comunidades indígenas; proporcionar mejores programas para la difusión de la anticoncepción y un objetivo relevante fue la prevención y solución de la infertilidad, que en principio resulta contradictorio para los fines del descenso de la fecundidad, muestra la intención de proporcionar servicios de salud reproductiva integral. El objetivo general para la atención de la Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes, fue proteger y hacer valer los derechos reproductivos de la población denominada adolescente, de manera de fomentar

---

<sup>248</sup> Idem

actitudes y conductas responsables. Igual que en el anterior tema, los objetivos específicos buscan ampliar la cobertura de la información para la educación sexual de los adolescentes pero a través de una "concertación interinstitucional e intersectorial", prevenir embarazos no deseados y lo relevante fue proporcionar servicios de alta calidad a las adolescentes embarazadas. El caso de los adolescentes es de particular importancia en virtud de que la atención a la población infantil, históricamente se ha basado desde el punto de vista de asistencia social o de su condición de marginalidad; por las condiciones de que el grueso de la población menor de 20 años fue en aumento, se identificó que eran vulnerables a prácticas sexuales riesgosas que afectarían potencialmente su condición social a futuro, problemas de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, que por su cualidad biológica, presentarían complicaciones en la etapa de gestación en el caso de las mujeres. Para la Salud Perinatal el objetivo presentado fue más integral pues establecía el imperativo de proporcionar mayor información, fomento para la nutrición materna, control prenatal, prevención de las enfermedades de transmisión sexual; manejo de las complicaciones del aborto, buena atención en el parto; mayor y mejor acceso a los servicios obstétricos de emergencia; orientación para el adecuado método anticonceptivo; atención al recién nacido y la promoción de la lactancia; todo lo anterior fomentaría el objetivo de una maternidad sin riesgos. De los objetivos específicos para este campo de acción, destacan el de la eliminación de la violencia doméstica contra las mujeres embarazadas y el del fomento de la limitación de las operaciones cesáreas que resulten innecesarias, con base en la Norma Oficial Mexicana-007-SSA2-1993. Se reconoce que a lo largo de la atención en salud, se ha puesto particular cuidado en la salud materna, sin embargo las estrategias que se establecieron para la salud perinatal eran inéditas como parte de un solo plan, pues el reconocer que aspectos como nutrición materna, prevención de enfermedades sexuales, eliminación de violencia materna; son parte de un conjunto integral que concentra a la salud materna y es promotora del ejercicio de los derechos reproductivos. En este tenor se reconoció que las Enfermedades de Transmisión Sexual se han diversificado con el paso de los años y por el incremento de la actividad sexual en la población y a temprana edad. Por ello el gobierno ha puesto énfasis en su prevención por lo que el programa marcó el objetivo de dar mayor acceso a la información de las distintas enfermedades y establecimiento de diagnósticos tempranos. Para la Prevención y Detección de Neoplasias del Tracto Reproductor de la Mujer el objetivo general fue, "en el marco integral de salud reproductiva colaborar con las instancias normativas a la prevención, detección temprana y referencia de casos del cáncer cérvico-uterino y mamario con énfasis en el primer nivel de atención y en el área rural."

<sup>249</sup>Una de las principales incorporaciones a la atención de la salud reproductiva es la referente a la Perspectiva de Género, por lo que el programa marcó el objetivo de “disminuir las inequidades de género que afectan el acceso a la información y educación de las mujeres, propiciando su potenciación y autonomía para mejorar y preservar su salud sexual y reproductiva.” <sup>250</sup> La identificación de que la salud sexual y reproductiva de las mujeres depende del fortalecimiento de la igualdad de derechos y circunstancias frente a los varones, refleja el cambio de postura de permanencia de la influencia y predominio de las decisiones unilaterales del varón hacia el manejo y control natal de las mujeres. El surgimiento del concepto de salud reproductiva hizo posible visualizar la amplia participación que el varón puede desarrollar a favor de la salud y el empoderamiento de la mujer y de su propia salud sexual y reproductiva. Las conferencias de El Cairo y Beijing coinciden con ello y proponen acciones específicas al respecto. Por ello se fijaron los objetivos específicos de disminución de la inequidad de género, incorporación de la perspectiva de género a los servicios de salud reproductiva lo que implicó crear políticas tomando en consideración la igualdad de hombres y mujeres, y de hecho, proporcionándole mayor prioridad a la decisión de la mujer. Asimismo se propuso el fomento a la colaboración entre instituciones públicas, privadas y ONG's. De los objetivos más relevantes destaca el cambio de la relación proveedor-usuario con perspectiva de género, dotándola con un cariz más humanizado. Las Organizaciones No Gubernamentales especializadas en el rema de la salud reproductiva, han contribuido a definir prioridades en los programas y en las agendas de las instituciones de salud, como es el caso de la atención a los adolescentes y jóvenes; la atención a los problemas de salud que afectan particularmente a las mujeres; la incorporación del enfoque de género en el diseño y ejecución de los programas y las normas oficiales para la atención de diversos aspectos de la salud; y la prevención, detección y atención de mujeres que viven en condiciones de violencia intrafamiliar, entre muchos otros.

Toda esta nueva manera de atender los aspectos relativos a la salud reproductiva tomó en consideración los factores socioeconómicos y culturales. Se trató de una concepción centrada en la planificación familiar, hacia otra que tomó en cuenta los contextos sociales, culturales y hasta políticos que influyen en las decisiones acerca de los comportamientos sexuales y reproductivos. El avance en la década de los noventa sobre la salud reproductiva se reflejó en los factores que

---

<sup>249</sup> Idem

<sup>250</sup> Idem

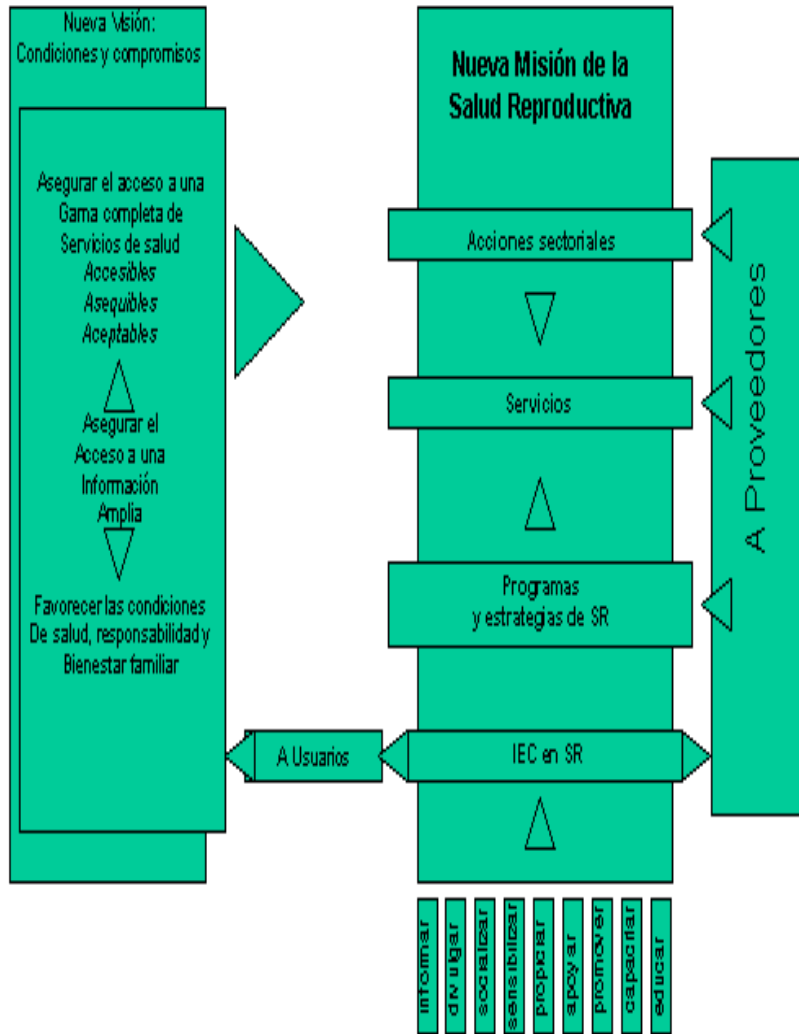


inciden en que su ejercicio sea desigual entre hombres y mujeres, entre adultos y jóvenes y entre grupos sociales y regiones del país. Como ya se ha establecido, fue desde 1994 cuando el gobierno mexicano cambió las políticas de población y de salud incorporando el enfoque de la salud reproductiva en sus programas, reconociendo que el ejercicio del derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos está mediado por el ejercicio de otros derechos, por lo que su promoción y garantía deben considerarse en los objetivos las políticas públicas dirigidas a su atención. "Entre ellos destacan el derecho a regular la fecundidad en forma segura y efectiva y a disponer de la información y los medios para poder hacerlo, cursar embarazos y partos sin riesgos para la salud, tener y criar hijos saludables, comprender y disfrutar la propia sexualidad, y permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociados con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción."<sup>251</sup>

Posteriormente y como parte de la consolidación de la incorporación del concepto de salud reproductiva en los programas de salud de la mujer, el Conapo, a través de la Secretaría General y de las instituciones del sector salud que forman parte del mismo (SSA, IMSS, Programa IMSS-Solidaridad, ISSSTE) acordaron en el año de 1997 el establecimiento del *Plan de Acción para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios y el Fortalecimiento de las Acciones de Información, Educación y Comunicación en materia de Planificación Familiar*. Con el objetivo de garantizar que los servicios de planificación familiar cumplan con los procedimientos de consentimiento informado, el IMSS, a principios de 1997, hizo extensiva la solicitud de autorización por escrito en la prescripción de todos los métodos anticonceptivos, requisito que sólo aplicaba antes de esta fecha a los métodos definitivos. En 1998, la Secretaría de Salud, a través de las Direcciones Generales de Epidemiología y de Estadística e Informática, establecieron el Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones que permite disponer de información preliminar y particularmente de las defunciones maternas, lo que demostró que el índice de causas de mortalidad materna era más alto que el reconocido anteriormente. Durante 1996 y 1997 la Secretaría de Salud capacitó a los responsables del programa de salud reproductiva de todos los estados en el uso y manejo de los instrumentos del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; la Historia Clínica Perinatal Base y el Carnet Perinatal.

---

<sup>251</sup> Consejo Nacional de Población, **La situación demográfica de México, 2002**. México, 2002. p.50



Fuente: Presidencia de la República. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000

En el marco del Programa en mención, las principales actividades de difusión, promoción y educación en la incorporación del concepto de salud reproductiva, se destacaron los siguientes:

- Servicio telefónico Planificatel, que se inició en 1997 dirigido a los grupos de población que no recurren a las clínicas; funcionó como subprograma del IMSS y del CONAPO
- De Joven a Joven, línea de orientación e información para los y las adolescentes
- Fortalecimiento de la consejería en todas las unidades médicas de las instituciones de salud
- Difusión de información en salud reproductiva en espacios radiofónicos que permiten el debate abierto entre radioescuchas y especialistas en los temas de interés, como el caso de la serie radiofónica Zona Libre, producida por el CONAPO y el IMER
- Inclusión de contenidos de educación sexual en los libros de texto gratuitos de la educación primaria
- La SEP puso en marcha la introducción de talleres y cursos breves en escuelas secundarias y el INEA incluye en su curricula temas vinculados con la salud reproductiva, la sexualidad y la planificación familiar
- Diversas instituciones públicas y ONG han desarrollado modelos de capacitación y publicado una amplia serie de textos y manuales para alumnos y alumnas, madres y padres, maestras y maestros, con el objeto de abordar la temática de salud reproductiva del adolescente
- En 1995 inició la campaña de comunicación en medios masivos Planifica, es cuestión de querer, cuyo propósito es posicionar, entre la población rural y urbano-marginal, un concepto más amplio de planificación familiar, con énfasis en la construcción de un proyecto de vida personal, de pareja y familiar, identificando la calidad de vida como un componente central del mismo, que se realizó en forma conjunta entre la Secretaría de Salud y el CONAPO.

Como primer ejercicio de incorporación del enfoque de salud reproductiva, el programa 1995-2000 de planificación familiar fortaleció el campo de la difusión utilizando servicios telefónicos para orientación con carácter de confidencialidad; de espacios en radiodifusoras; difusión a través

de los libros de texto escolares. Sin embargo a pesar del avance en las estadísticas, el aspecto esencial de la salud reproductiva, que es la de ejercer los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, siguió sin contar con un indicador especializado en que se demostrará el cambio de la atención de los prestadores de los servicios de planificación familiar, aunque dentro de los programas y políticas, a diferencia de los sexenios anteriores, se contó con una estrategia y plan definidos, delimitados y con objetivos detallados sobre la incorporación de los contenidos de la salud reproductiva.

#### 6.1.2.1. Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud

Como parte de los objetivos del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva 1995-2000, en agosto de 1997, se publicó en el DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN el REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARIA DE SALUD, el cual en su CAPÍTULO VI, DE LAS DIRECCIONES GENERALES, define las 11 funciones de la Dirección General de Salud Reproductiva, que fue el órgano encargado de realizar la función administrar y cumplir los objetivos del programa:

*Artículo 17. Corresponde a la Dirección General de Salud Reproductiva:*

- I.- Formular, proponer, difundir y evaluar las políticas y estrategias en materia de salud reproductiva, que en todos los casos incluirá la planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer, sin perjuicio de las atribuciones que en estas materias correspondan a otras dependencias;
- II.- Detectar, analizar y promover el estado de bienestar de la población en materia de salud reproductiva;
- III.- Elaborar y expedir las normas oficiales mexicanas en materia de salud reproductiva, inclusive en lo que respecta a cáncer cérvico uterino y mamario, así como vigilar su cumplimiento;
- IV.- Promover y coordinar las investigaciones dirigidas a identificar los problemas que alteran la salud reproductiva de la población, a fin de ampliar los conocimientos sobre sus causas y las estrategias para su prevención, curación y atención efectivas, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

- V.- Definir los criterios para la evaluación operativa de los programas estatales de salud reproductiva;
- VI.- Promover y coordinar las actividades de formación, capacitación y actualización técnica de los recursos humanos que participan en los programas de salud reproductiva, así como la educación continua dirigida a los prestadores de servicios de salud reproductiva, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- VII.- Supervisar, asesorar y participar en la definición de los contenidos técnicos de los materiales didácticos que se utilizan para la capacitación y actualización de los prestadores de servicio de salud reproductiva, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- VIII.- Coordinar y participar, con las unidades administrativas competentes, en la integración de las actividades que se realicen en materia de salud reproductiva; así como promover los mecanismos para fomentar la participación comunitaria en las acciones materia de su competencia;
- IX.- Coordinar las actividades del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva y apoyar la participación de la Secretaría en el seno del Consejo Nacional de Población y del Programa Nacional de la Mujer, en todo lo referente a la materia de salud reproductiva;
- X.- Definir los criterios para la formulación, ejecución e información del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, en coordinación con las entidades federativas y las unidades administrativas competentes; así como evaluar la ejecución del citado programa, y
- XI.- Coordinar, supervisar y evaluar la calidad de la información y prestación de los servicios de salud reproductiva.

## 6.2. Las políticas de salud reproductiva en la actualidad: 2000-2004

Una vez que se incorporó por vez primera un programa de salud en atención a la planificación familiar con los contenidos de salud reproductiva, el siguiente sexenio prosiguió con los compromisos adquiridos internacionalmente sobre el particular, y no solo dio continuidad al anterior programa sino que lo desagregó en programas independientes y con la perspectiva amplia de salud

reproductiva. La actual política pública de salud reproductiva del gobierno mexicano emana del mandato constitucional de derecho a la salud, y como programa de acción, las pautas para el desarrollo y aplicación de esta política es diseñada a partir de los objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo; posteriormente se va desagregando con el Programa Nacional de Salud y los respectivos programas de acción específicos entorno a la salud de la mujer.

### 6.2.1. Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006

La planeación en México se fundamenta formalmente con la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo que emana de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos a través de la Ley de Planeación. En este sentido el PND para el sexenio 2000-2006 indica que a través del ejercicio democrático deberán garantizarse el ofrecimiento a los ciudadanos de "...oportunidades de desarrollo humano integral y convivencia basadas en el respeto a la legalidad y en el ejercicio real de los derechos humanos." <sup>252</sup> A partir de este desarrollo humano, reconoce el papel de la salud como determinante de las características demográficas actuales en nuestro país, y las "instituciones de salud han sido fundamentales en el desarrollo de México en muy diversos campos, como la investigación, la educación y la organización administrativa y financiera." <sup>253</sup> Uno de los ejes principales es el de garantizar niveles de bienestar a la población que según reconoce el documento, "se encuentren por debajo de ciertos umbrales." La política del Ejecutivo federal se guía con la perspectiva de emancipación individual en sus aspectos sociales y culturales encaminados a preservar la diversidad y la tolerancia, así como también con valores como la solidaridad y la confianza entre los individuos, aunque resalta el hecho de que el documento habla de una emancipación del individuo, siendo el partido en el poder, de corte conservador y tradicionalista. Respecto al compromiso con la salud pública, los planes y programas encargadas de su atención deberán guiarse bajo las siguientes premisas:

1. La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades.
2. La salud es, junto con la educación, componente central del capital humano, que es el capital más importante de las naciones. Desde este punto de vista, mejorar la salud es

---

<sup>252</sup> Poder Ejecutivo Federal. **Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006**. p.37 México, 2001

<sup>253</sup> *Ibidem*, p.49

fortalecer la capacidad de las personas y de la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.

3. Por ser un valor en sí misma y por su potencial estratégico, se debe concebir la salud como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir. Para ello se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables (que abarquen acciones en todos los sectores)
4. La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas y, por tanto, es un valor que fortalece el tejido de nuestra sociedad.

El campo de la atención a la salud de la población, según el PND, es uno de los grandes objetivos del desarrollo ya que se traduce en una inversión para el fortalecimiento del capital humano que le permita acceder y gozar de los elementos que faciliten y exploten sus capacidades a partir del acceso a un sistema de protección en salud. Sin embargo y específicamente en lo que concierne al tema, la salud reproductiva aún se mantiene en etapas donde se atienden emergencias o en niveles donde las afectaciones ya tienen consecuencias como en casos de embarazo no deseados, en daños a la mujer en etapas de embarazo. La idea del plan de acuerdo a las intenciones de la atención de la salud se rige, en la actual administración, bajo los siguientes objetivos:

- Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
- Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
- Fortalecer el sistema de salud.<sup>254</sup>

Para efectos del fortalecimiento de la perspectiva de género como complemento de la promoción de los derechos reproductivos, el Plan Nacional de Desarrollo crea la Comisión para el Desarrollo Social y Humano, que de acuerdo a su objetivo establece *"...incrementar la calidad de vida de los mexicanos mediante estrategias que aseguren la satisfacción de sus necesidades básicas, reduzcan las desigualdades extremas y las inequidades de género y de todo tipo, y*

---

<sup>254</sup> Ibidem, p.54

*desarrollen su capacidad e iniciativa.*" <sup>255</sup> Asimismo uno de los objetivos rectores indica el mejoramiento de los niveles de educación y de bienestar a través de la elevación de los "*niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando protección económica a las familias.* No solo es el aspecto relativo al ofrecimiento de los servicios de salud para la curación de enfermedades, sino que busca fortalecer el esquema en la etapa de prevención, resaltando el papel de la educación en el que desde la niñez se perciban los derechos relativos a la salud reproductiva. El acceso a los servicios es la principal vía para obtener cualquier meta de cada uno de los campos del desarrollo de la salud, por lo que el plan especifica el imperativo de que "los usuarios reciban un trato profesional y digno, que los satisfaga plenamente y que, al mismo tiempo, protejan la economía familiar de gastos excesivos, para fortalecer la cohesión social al reducir las desigualdades. Asimismo, se buscará la participación responsable de la población en el cuidado preventivo individual, familiar y colectivo de la salud." <sup>256</sup> Igualmente destaca el particular de ofrecer el servicio con base en el trato profesionalizado hacia el usuario a reserva de su condición socioeconómica, por lo que deben ampliarse el campo de los derechohabientes. En este tenor la equidad y la igualdad son conceptos que el gobierno adoptó, y un ejemplo, para el caso de la situación de la mujer, es el que se refiere de dotar de "oportunidades y opciones de trabajo para las madres trabajadoras, (que) hasta ahora, no han sido compatibles con las necesidades de la crianza y el cuidado de los hijos por falta de apoyos institucionales." <sup>257</sup> Tema por demás relevante para la administración de la salud es el que tiene que ver con la población adolescente pues reconoce "la importancia que tienen los temas de embarazo en adolescentes, el aborto, el sida, las drogas, el alcoholismo y el tabaquismo." <sup>258</sup> Resulta entonces que la política pública de salud reproductiva para el sexenio, encuentra su diseño a partir de lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, en primer lugar por reconocer que en la salud se encuentra la base del desarrollo; en segundo, como parte del objetivo de otorgar niveles generales de bienestar para la población en cada uno de los campos; tercero, al adquirir la estrategia de que el desarrollo del individuo como parte del aspecto social y humano que los gobiernos han ido adoptando para su cuidado; cuarto, por especificar las principales directrices de los diferentes programas relativos a la salud a partir de que la salud es garante para la igualdad de oportunidades por lo que las líneas generales son predominantemente

---

<sup>255</sup> *Ibidem*, p.p. 66-67

<sup>256</sup> *Ibidem*, p. 82

<sup>257</sup> *Ibidem*, p. 83

<sup>258</sup> *Ibidem*, p. 84



de tipo social y no solo cuantitativas a nivel de los aspectos biológicos. Por lo tanto, se observa que el derecho a la salud, como mandato constitucional, el actual gobierno lo desarrolla a partir del reconocimiento del papel de los derechos humanos y no solo en la cuestión biológica; dirigiendo su plan de trabajo hacia la apertura de temas socioculturales que tradicionalmente han impedido el mejoramiento de niveles de salud como es el referente a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Por ello establece el fortalecimiento de la perspectiva de género, trato digno y humanizado, especialmente en el caso de las mujeres y el completo acceso a todo tipo de información de la salud del usuario.

### 6.2.2. Programa Nacional de Población 2000-2006

El Programa Nacional de Población (PNP), tiene el objetivo de “regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social”,<sup>259</sup> de acuerdo como se indica en el artículo primero de la Ley General de Población. En este sentido la política de planificación familiar ha sido aplicada bajo los lineamientos establecidos por el Consejo Nacional de Población, por lo que los programas de población que se han aplicado a partir de su creación son fundamentales para el ejercicio y resultados del control de la natalidad en México; por ello y tomando en cuenta las consideraciones que se han adquirido dentro de los foros internacionales especializados en el tema, el actual programa determina que todos los aspectos relativos al campo de la administración del tema poblacional, sean diseñados tomando en consideración los derechos humanos. Este punto es la bandera que enarbola el cambio de una política eminentemente de planificación familiar situada en la consolidación de los resultados y en la disminución *per se* de los niveles de fecundidad, hacia otra que toma en cuenta metas y estadísticas pero también considerando el plano que incide en el desarrollo del individuo y de la utilización de los servicios pero con el uso y disfrute de los derechos humanos que se derivan en derechos reproductivos. Aunque a partir de la publicación de la Ley se han elaborado los planes sexenales de la política de población, estos han variado en la orientación de sus objetivos y en el caso específico de la planificación familiar, los programas se deben realizar “a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos

---

<sup>259</sup> Secretaría de Gobernación. **Ley General de Población**. México, 2002

programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre..."<sup>260</sup>

El actual Programa Nacional de Población se basa en los siguientes principios:

- Plena vigencia y protección de los derechos humanos
- Empoderamiento de hombres y mujeres y ampliación de sus capacidades
- Igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios relevantes
- Respeto irrestricto a la diversidad cultural y étnica<sup>261</sup>

Como base para la aplicación de los derechos reproductivos, el programa marca el objetivo de "favorecer el ejercicio libre, informado y responsable de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción".<sup>262</sup> Tomando en consideración el mandato constitucional sobre el derecho a elegir el número y espaciamiento de los hijos, el plan indica que el derecho más importante es el referente al derecho a decidir pues "las pautas reproductivas expresan el ejercicio del derecho que tienen las personas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos (as). Es imposible considerar que una persona es libre si no puede decidir sobre algo a la vez tan íntimo y tan importante en su vida, como es el número de hijos (as) y el momento de procrearlos".<sup>263</sup> Además del derecho a decidir libremente sobre la reproducción que de suyo marca la principal pauta a conservar de la salud reproductiva, se encuentra la promoción de la igualdad de oportunidades para el goce y acceso a los servicios que sustente y garantice ese derecho a través de la información y los medios para obtener elementos que le proporcionen la mejor decisión de acuerdo a su preferencia. Es decir que para ejercer el derecho de la libre elección en el asunto de la reproducción, es necesario promocionar los elementos que sustentan tal libertad a partir de la igualdad de opciones para cada potencial usuario de los servicios de salud en materia reproductiva. Por tal motivo, el PNP muestra las bases fundamentales para la consolidación y aplicación del contexto amplio de la salud reproductiva y los incorpora en cada uno de los puntos establecidos en el programa.

---

<sup>260</sup> Idem

<sup>261</sup> Consejo Nacional de Población. **Programa Nacional de Población 2000-2006**. México, 2001

<sup>262</sup> *Ibidem*, p.208

<sup>263</sup> *Ibidem*, p.31

### 6.2.2.1. La planificación familiar

No debe olvidarse que el tema del control de la fecundidad y la orientación para el ejercicio de la misma por parte de las políticas gubernamentales lo proporciona la misma política general de población y a su vez la sigue la política de planificación familiar del sector salud. Por ello resulta determinante los objetivos y estrategias del Programa Nacional de Población en turno y en este ejercicio gubernamental destaca que dentro del capítulo sobre la transición demográfica, el documento dedica una parte al tema de la planificación familiar, afirmando que “hoy en día, el ejercicio de la sexualidad es cada vez más abierto. Además, la maternidad y la paternidad responsable han logrado ser interiorizadas gradualmente por una gran mayoría de los habitantes del país”.<sup>264</sup> Lejos de ser exclusivamente un mecanismo para el control natal, la planificación familiar es reconocida, por el gobierno actual, como un medio para alcanzar una “vida sexual y reproductiva más sana y placentera, a través de la prevención tanto de embarazos no deseados y de alto riesgo, como de la mortalidad perinatal y el aborto”. Además de continuar con la política de población bajo la perspectiva de planificación familiar, se establece la prioridad de ofrecer garantías individuales para el ejercicio libre de la sexualidad evitando el surgimiento de afectaciones a la salud con base en el mejoramiento de la condición individual y familiar de las personas. En este sentido se identifica que la planificación familiar deberá realizarse por las instancias públicas correspondientes, a partir del reconocimiento del cambio y apertura cultural del ejercicio de la sexualidad y a la par de obtener los resultados del control de la natalidad, ofrecer al individuo las pautas para su desarrollo.

### 6.2.2.2. Los varones en la planificación familiar

Actualmente se reconoce que el cuidado del aspecto de la sexualidad y de la prevención de embarazos incumbe tanto a la mujer como al varón, y un aspecto relevante del PNP es el reconocimiento de la importancia de la participación de los varones en la planificación familiar ante el dominio de los programas de población sobre las mujeres, lo que ha contribuido a remarcar las desigualdades de género dentro de las responsabilidades reproductivas. En este aspecto el programa se plantea como una de sus líneas de acción “diseñar estrategias y programas orientados a la atención de la salud sexual y reproductiva de los varones”.<sup>265</sup>

---

<sup>264</sup> *Ibidem*, p.58

<sup>265</sup> *Ibidem*, p.240

### 6.2.2.3. El aborto

Se ha reconocido las consecuencias del ejercicio clandestino del aborto para la integridad física de la mujer, cuando no existen las condiciones de higiene, equipo y de personal calificado. Por ello el Programa lo considera como un problema social y de salud pública de alta prioridad “por las repercusiones que tiene para la salud materna”. El documento menciona que las complicaciones derivadas de la práctica del aborto clandestino “constituyeron en 1998 la cuarta causa de muerte asociada al embarazo, lo que entraña un alto costo en vidas humanas”.<sup>266</sup> Como un problema que se puede solucionar a partir de la prevención, los caminos para lograrlo se remiten al aspecto de la educación tanto para las mujeres como para el mismo núcleo familiar que en muchas de las ocasiones niegan la ayuda por situaciones de tipo cultural de rechazo a la situación de la mujer embarazada fuera del matrimonio. Para tal efecto se marca el reto de “extender y mejorar la educación sexual; ampliar la información y orientación sobre planificación familiar y salud reproductiva y poner al alcance de la población los métodos de regulación de la fecundidad”.

### 6.2.2.4. La salud reproductiva

Este apartado refuerza el cambio de definición de la orientación de una política exclusiva de planificación familiar como instrumento del cumplimiento de metas específicas de reducción natal a otra orientación que además de la misma tarea, involucre otros campos de la salud de la mujer dentro de un rango que va de la prevención de la fecundación, pasando por la atención de casos de enfermedades de transmisión sexual hasta llegar a la atención durante y posterior al parto, en caso de embarazo. Tomando en cuenta la misma definición de salud reproductiva, el Programa Nacional de Población orienta sus acciones para coadyuvar sus postulados para ofrecer servicios de una forma segura para cursar embarazos y partos sin riesgos. De acuerdo con lo anterior, el PNP establece que la atención de la salud sexual y reproductiva implica garantizar el acceso a la información y a los servicios de:

- a) planificación familiar
- b) salud materno-infantil
- c) prevención y atención de las complicaciones del aborto
- d) infecciones de transmisión sexual –incluido el VIH-SIDA
- e) infertilidad

---

<sup>266</sup> *Ibidem*, p.79

f) neoplasias malignas del tracto reproductivo

No solo reduce su radio de acción a la parte biológica sino que el programa se involucra en la situación socio-cultural de combatir las inequidades sociales y de género, que entorpecen el poder de decisión de las personas “en los asuntos de la sexualidad y la reproducción y limitan su capacidad para encarar de manera adecuada los problemas de salud sexual y reproductiva que enfrentan a lo largo de sus trayectorias de vida.”<sup>267</sup> Ya no solo se atiende la salud de la mujer en situación de embarazo o solo en el asunto de la dotación de métodos anticonceptivos, sino que reconoce que el origen de esas problemáticas se originan dentro de esquemas que se relacionan directamente con las características sociales y culturales de los individuos que guardan parentesco con ellas; es decir, que el papel histórico de la mujer es de desventajas frente al varón y por ende, afecta a las decisiones sobre la manera de ejercer su sexualidad y las situaciones que emanan de ella. De tal manera que los programas de planificación familiar deben asumir el compromiso del desarrollo humano con la libertad del ejercicio de los derechos reproductivos con base en un enfoque más amplio de salud reproductiva, según establece el programa.

Las líneas de acción para el apartado en salud reproductiva son:

1. promover el conocimiento de los derechos vinculados con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, en un marco de equidad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres.
2. atender las necesidades de salud sexual y reproductiva, con énfasis en la población que vive en las zonas rurales y urbano marginadas, las comunidades indígenas y las y los adolescentes y jóvenes.
3. promover prácticas de espaciamiento entre los nacimientos
4. hacer evidentes las ventajas de un tamaño reducido de familia, en un marco de respeto a los derechos de las personas y a la diversidad cultural de la población.
5. salvaguardar el principio de la libre elección informada en la elección informada en planificación familiar.
6. vigorizar la participación del sector social y privado en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva

---

<sup>267</sup> *Ibidem*, p.80

7. emprender programas y acciones dirigidos al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.
8. diseñar estrategias y programas orientados a la atención de la salud sexual y reproductiva de los varones.
9. redoblar los esfuerzos dirigidos a promover el cuidado y mejorar la salud materna e infantil.
10. fortalecer las acciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA.
11. promover el fortalecimiento de los programas prioritarios de salud reproductiva a las mujeres.
12. impulsar la inclusión de la perspectiva de género en las actividades de normatividad, programación, ejecución, seguimiento y evaluación de los servicios de salud sexual y reproductiva.
13. fomentar la participación social y de las organizaciones de la sociedad civil en los programas de salud sexual y reproductiva.
14. realizar estudios sobre la salud sexual y reproductiva y sobre sus factores determinantes de orden social, económico, cultural e institucional. <sup>268</sup>

#### 6.2.2.5. Los jóvenes y la salud sexual y reproductiva

Se ha reconocido que la falta de educación y de información sobre la manera de iniciar la vida sexual afecta la salud en general y la situación social y económica futura del adolescente, por ello todas las actividades encaminadas a dichas características son retomadas por la dimensión de la salud reproductiva, de ahí que el PNP asuma la responsabilidad de atender éste sector de la población identificado como vulnerable en los aspectos relacionados a su sexualidad. En este sentido se reconoce que “la actividad sexual prematrimonial se vuelve más frecuente, con una escasa utilización de prácticas de prevención, lo que a menudo conduce a embarazos y alumbramientos no planeados, así como al contagio de infecciones de transmisión sexual que pueden afectar la salud reproductiva de quienes las contraen para el resto de sus vidas, e incluso pueden propiciar la muerte a temprana edad”. <sup>269</sup> Resalta que la dimensión para prevenir la problemática del adolescente se combina con la de su entorno familiar como la de la acción pública pues se establece que “la atención de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes requiere de

---

<sup>268</sup> *Ibidem*, p.p. 238-242

<sup>269</sup> *Ibidem*, p.115

intervenciones públicas que contribuyan a ampliar las capacidades y oportunidades de este segmento de la población; promuevan la toma de decisiones libres, responsables e informadas en los asuntos vinculados”.

#### 6.2.2.6. Seguimiento de la Ejecución en México del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)

Como parte de la función del Consejo Nacional de Población en lo referente a las políticas de planificación familiar y salud reproductiva y en concordancia con los compromisos adquiridos a nivel internacional sobre el particular, el Gobierno de México incorporó las recomendaciones y objetivos de la CIPD y de la CIPD +5 en varios de sus programas nacionales como en el Programa Nacional de Población, el de salud, el de desarrollo social y el de equidad de género, así como en otros programas institucionales. Para el ejercicio de seguimiento de la ejecución del Programa de Acción se instaló en 2003 un Comité Técnico Institucional con la participación de diversas instituciones de gobierno y de organizaciones de la sociedad civil. La instalación quedó a cargo de la Secretaría de Gobernación a través del Consejo Nacional de Población y en colaboración con la Secretaría de Relaciones Exteriores, la Comisión de Población de la H. Cámara de Senadores, y la Comisión de Población, Frontera y Asuntos Migratorios de la H. Cámara de Diputados. Sus funciones fueron las siguientes:

- revisar la ejecución del Programa de la CIPD en México, identificando logros, obstáculos y lecciones aprendidas para cada una de las recomendaciones, los temas y los objetivos que incluye dicho Programa
- emitir recomendaciones que permitan garantizar un oportuno cumplimiento de las metas planteadas para 2015
- identificar los retos a futuro y las prioridades nacionales

Para el adecuado seguimiento y coordinación del Grupo Interinstitucional se crearon seis grupos de trabajo; para los fines relativos a la salud reproductiva los grupos fueron:

- Equidad de género y empoderamiento de la mujer, bajo la coordinación del Instituto Nacional de las Mujeres

- Salud, derechos reproductivos y salud reproductiva, coordinado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, en colaboración con MEXFAM
- Colaboración con las organizaciones de la sociedad civil, bajo el liderazgo del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.

El Informe de México se dio a conocer ante la Comunidad Internacional durante la 37ª Reunión de la Comisión de Población y Desarrollo de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada en Nueva York en marzo de 2004. El Consejo Nacional de Población mantiene estrecha relación con las dependencias de gobierno a través de su Secretariado General y de Comités Interinstitucionales. Entre las actividades de coordinación interinstitucional se han realizado la presentación del Programa Nacional de Población 2001-2006, la creación del Consejo Consultivo Ciudadano para la Política de Población; en el 2004 se organizaron los trabajos para la presentación del Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo 1994-2004. Entre los principales comités interinstitucionales en materia de salud reproductiva se encuentran: Grupo Interinstitucional de Desarrollo y Metas del Milenio, con la Presidencia de la República; Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva y Comité editorial del Boletín Salud y Género, con el Programa Mujer y Salud, con la Secretaría de Salud; Comisión Nacional de Seguimiento y Evaluación del Programa de Orientación Telefónica Planificatel, con el Instituto Mexicano del Seguro Social; Enlace federal de género y el Comité Dictaminador del Fondo Proequidad, con el Instituto Nacional de las Mujeres; Comité Interinstitucional de Producción de Materiales Educativos y de Comunicación, con la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM).

### 6.2.3. Programa Nacional de Salud 2000-2006

Derivado del Plan Nacional de Desarrollo, el eje de la política de salud para el sexenio 2000-2006 se encuentra en el Programa Nacional de Salud que indica las pautas a seguir en los temas que el actual gobierno ha adoptado dentro de la agenda. Para ello la visión del programa especifica que *“anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al*



*desarrollo.*"<sup>270</sup> Esta administración enfatiza la necesidad de ofrecer un solo esquema de salud en el que todos los ciudadanos sean capaces de recibir atención de los servicios de salud para conseguir la meta última que es la del desarrollo. La acción específica que obedece a la visión es la creación del seguro popular que busca ofrecer el acceso a los usuarios que no son derechohabientes de alguna de las instituciones públicas de seguridad social.

En cuanto a la misión se establece la de:

*Contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.*<sup>271</sup>

Es importante recordar que en el Programa Nacional de Salud del sexenio inmediato anterior se caracterizó por enfatizar el aspecto de la prevención de las enfermedades y no meramente de curación, así como el de la descentralización de los servicios de salud. En el actual programa los cinco grandes objetivos que se plantean no considera, al menos de manera explícita, las mismas características del anterior, sino que se fundamenta en el mejoramiento general de la salud de los ciudadanos y fortaleciendo el aspecto del trato de los prestadores hacia los usuarios.

Los objetivos principales son los siguientes:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas

---

<sup>270</sup> Secretaría de Salud. **Programa Nacional de Salud 2001-2006**. México, 2001, p. 75

<sup>271</sup> *Ibidem*, p. 77

En la *estrategia 2* de este programa dedicado a reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, se establece como primera línea de acción el garantizar un arranque parejo en la vida como parte de las políticas para la atención en salud reproductiva. En este sentido uno de los programas prioritarios para el titular del ejecutivo es precisamente el de "Arranque Parejo en la Vida", que se sitúa dentro del enfoque de salud reproductiva pero dirigiendo las acciones a la atención de las complicaciones que propician la muerte materna, particularmente durante el parto, así como la atención de primera mano a los recién nacidos, de ahí la denominación del programa de acción.

Las actividades a realizar en este rubro son:

- Consultas de orientación preconcepcional a mujeres que acuden a servicios de planificación familiar
- Promoción, durante las consultas prenatales, de la lactancia materna, los métodos de planificación familiar post-evento obstétrico y los cuidados perinatales
- Dotación a toda embarazada de ácido fólico y sulfato ferroso, y la aplicación de toxoide tetánico y diftérico
- Inclusión, en el cuidado prenatal, de acciones que reduzcan el contacto dietético, ambiental y ocupacional al plomo, y la dotación suficiente de calcio
- Atención institucional y por personal capacitado del parto normal y de los partos complicados
- Atención de urgencias obstétricas
- Atención integral del recién nacido
- Seguimiento de la puérpera\* y del recién nacido, y traslado para su atención especializada en caso de presentarse cualquier complicación
- Aplicación de las vacunas del esquema básico a todos los niños y la administración de megadosis de vitamina A a los niños que radiquen en área de riesgo
- Capacitación de las madres en la identificación de los signos de alarma de neumonía, deshidratación por diarreas y desnutrición
- Promoción de la lactancia materna <sup>272</sup>

Las principales directrices para el ejercicio público de la atención en salud reproductiva del gobierno mexicano son delineados de manera expresa y amplia a partir del Programa Nacional de Salud; pero antes y como se ha observado, el Plan Nacional de Desarrollo establece la orientación

---

<sup>272</sup> *Ibidem*, p. 90

de la atención de la salud pública como objetivo de desarrollo nacional e individual; posteriormente el Programa Nacional de Población va estructurando que la base para una adecuada política de población es la protección de los derechos humanos en virtud de que toca aspectos sensibles a su condición de individuo y de creencias; asimismo moldea el aspecto de libertad de elegir y de acceso a información en materia de salud reproductiva como complemento para una eficaz política de planificación familiar; y a su vez el programa de salud, como se acaba de indicar, al especificar los temas de atención para la salud de la madre y del recién nacido, también esta especificando las acciones como parte de la dimensión amplia de salud reproductiva en un sentido que se orienta al aspecto eminentemente médico. En el caso del cáncer cérvico-uterino que se vincula a la salud de la mujer, el programa nacional de salud marca como metas:

- Alcanzar y mantener en 80 por ciento la cobertura de detección temprana de cáncer cérvico-uterino en el grupo de mujeres de 25 a 64 años de edad, particularmente entre las que nunca se han realizado el examen de Papanicolaou.
- Disminuir en 2006 la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años y más en 15 por ciento respecto a la de 2000.
- Garantizar en 2006 el manejo y tratamiento del 90 por ciento de los casos detectados de displasias y cáncer *in Situ*.
- Garantizar en 2006 el manejo y tratamiento de 80 por ciento de los casos de cáncer invasor.<sup>273</sup>

Para la promoción de la cooperación internacional, que es parte fundamental para el desarrollo de la salud por los esquemas y compromisos que se adquieren con otros países y por la tendencia en boga de una medicina global, y ejemplo de ello es el seguimiento de los derechos reproductivos, establece las siguientes actividades:

- Seguimiento de los compromisos internacionales adquiridos en materia de salud.
- Fortalecimiento de la presencia de México en los organismos multinacionales de salud, en particular en la OMS, la Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, el Fondo de Naciones Unidas para Población, y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Incremento de la presencia de México en materia de salud en organismo de cooperación multilateral como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo

---

<sup>273</sup> *Ibidem*, p. 94

Económicos, la Organización de Estados Americanos, la Comisión de Cooperación Ambiental de Norte América, la Comisión Interamericana de Mujeres y la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, entre otros.

- ✦ Consolidación de las relaciones con organismos de cooperación internacional de otras naciones. <sup>274</sup>

#### 6.2.4. Programa de Acción: Mujer y Salud (PROMASA)

El Programa de Acción: Mujer y Salud (PROMASA), tiene como principal característica la promoción de la perspectiva de género a favor del empoderamiento de la mujer, por lo que el gobierno establece líneas de acción que apoyan esta causa. Para ello crea el Consorcio Nacional Mujer y Salud. Una de las principales banderas que ha enarbolado la comunidad internacional a favor del desarrollo y mejoramiento de la salud de la mujer es precisamente el de la equidad de género que se traduce en el llamado empoderamiento, es decir, el dotar a la mujer de una condición superior en la cual puedan ser reconocidos sus derechos y combatir la inequidad de género. En este sentido el Promasa indica que:

...la incorporación de la perspectiva de género en el sector salud representa sumarse a un esfuerzo por promover cambios que den origen a relaciones más democráticas en la interacción entre hombres y mujeres, y entre estos y las instituciones, en especial en los ámbitos de la prestación de servicios de salud, la construcción del conocimiento y la tecnología relacionadas con la salud-enfermedad así como del uso de la violencia en la resolución de conflictos, del comportamiento sexual y las responsabilidades derivadas de la reproducción, en virtud de que todas estas acciones podrían derivar en mejores condiciones de salud para hombres y mujeres. <sup>275</sup>

Este programa además del aspecto médico, se sustenta en los factores que determinan las diferencias entre hombres y mujeres en lo relativo a enfermedades tomando los aspectos biológicos,

---

<sup>274</sup> *Ibíd.*, p. 131

<sup>275</sup> Secretaría de Salud. **Programa de Acción: Mujer y Salud**. México, 2001, p.11

psicológicos y sociales; ya que tienen "implicaciones para la salud pública en términos de prevención, diagnóstico oportuno, calidad de atención, optimización de recursos y mejor calidad de vida para las y los ciudadanos".<sup>276</sup> Aquí resulta relevante la relación entre lo biológico y el estatus social tanto del hombre como de la mujer a partir del reconocimiento de las diferencias de género existentes y que afectan evidentemente el desarrollo y derechos de las mujeres. El ejercicio de la atención de la salud pública ya se aplica con base en la definición de que para prevenir enfermedades que se relacionan con la salud de la mujer, ya no solo se deben atacar exclusivamente dentro de la parte biológica para su prevención, sino que también el entorno social, cultural y económico incide determinadamente en el origen de los problemas de salud reproductiva. En este tenor y avalando esta concepción, la visión del programa establece que:

*Los programas, proyectos y servicios de salud se diseñen, presupuesten y evalúen con enfoque de género; atiendan las necesidades particulares de salud que tienen las mujeres y los hombres en función de los papeles que socialmente se les asignan y que asuma plenamente la responsabilidad en tareas como la prevención y atención a la violencia familiar y sexual.*<sup>277</sup>

Y a su vez la misión estipula:

*...realizar actividades de sensibilización, capacitación, porción y difusión del concepto de género al interior del sector salud para que se incorpore la perspectiva de género en los programas de acción, presupuestos, sistemas de información, líneas de investigación y servicios de salud, con la finalidad de contribuir a mejorar la situación de salud de las mujeres y los hombres, tomando en cuenta las diferencias que imprime su condición de género. El programa promoverá la incorporación de medidas tendientes a eliminar la discriminación por género en la contratación y desarrollo laboral del personal de salud, y gestionará ante las instituciones de educación media superior y superior, la incorporación de*

---

<sup>276</sup> Idem

<sup>277</sup> Ibídem, p.23

*la perspectiva de género en los programas de formación de los  
profesionales y técnicos en el campo.*<sup>278</sup>

La labor del programa es la de promover los instrumentos en cada una de las actividades y áreas del sector salud para la consolidación de uso de la perspectiva de género y por ende de la salud de la mujer. Por lo que su función no es eminentemente médica sino social en el sentido de que traslada los fundamentos de la perspectiva de género a cada uno de los trabajos de atención en salud y particularmente los que se relacionan con las mujeres. En este sentido el combate a la inequidad de género y la inclusión de igualdad y respeto de los derechos de la mujer en los programas de salud, evidentemente muestra la intención del gobierno para prevenir aspectos como por ejemplo la mortalidad materna, que más allá de ser prevenible en su dimensión biológica, deben ser contrarrestados a partir de un cambio cultural en la sociedad que es donde se encuentra el origen a este tipo de problemas a causa de la situación de desventaja de la mujer frente al varón. Los objetivos, estrategias y líneas de acción se especificaron con base en la búsqueda de los cinco componentes sustantivos que lo conforman, a saber:

1. institucionalización de la perspectiva de género
2. salud de las mujeres
3. información e investigación
4. mujeres trabajadoras de la salud
5. salud doméstica y comunitaria

Respecto al punto de Salud de las mujeres, el programa enfatiza el enfoque de género en los aspectos de la salud femenina que:

- sean exclusivos como los vinculados con la reproducción: problemas en el embarazo, parto y puerperio y los efectos secundarios de la anticoncepción.
- Tengan una mayor prevalencia como, entre otros, anemia, depresión u osteoporosis.
- Tengan consecuencias más graves –biológicas, psicológicas o sociales- como las infecciones de transmisión sexual (ITS) o las adicciones.
- Impliquen factores de riesgo diferentes para las mujeres, como accidentes y violencia.

---

<sup>278</sup> *Ibidem*, p.24

- Ofrezcan una atención adecuada en los servicios –usualmente de menor calidad- como en el caso de padecimientos cardiovasculares y algunos tipos de cáncer comunes a ambos sexos.

El punto de salud de las mujeres busca el cambio a favor de la igualdad de género en los principales aspectos que afectan la salud con énfasis en la parte reproductiva tanto a nivel institucional como a nivel de enfermedades específicas. Como ejemplo destaca para el componente de institucionalización de la perspectiva de género, la instrumentación en 2003 del plan piloto del Proceso de Certificación de Equidad de Género en Unidades de Salud, a través del cual “se certificó al Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud por su trabajo de diagnóstico, el diseño de programas con perspectiva de género y la obtención de las primeras medidas en pro de la igualdad.”<sup>279</sup>

#### 6.2.4.1. El Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva

En el año de 2003 el PROMASA junto con la Dirección General de Salud Reproductiva, crearon el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva quedando bajo su responsabilidad todos los programas de las áreas. El Centro es un órgano rector y desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía financiera y jurídica con el fin de fortalecer los programas encaminados al mejoramiento de la salud de las mujeres. *“Al retomar los ejes centrales de los programas de salud reproductiva, equidad de género y salud materna y perinatal se busca unificar esfuerzos para contar con una estructura más eficiente a fin de integrar áreas operativas que estaban desvinculadas”*.<sup>280</sup>

Las principales atribuciones del Centro son:

- proponer políticas nacionales en materia de salud reproductiva incluyendo planificación familiar, cáncer cérvico-uterino y mamario, de atención materno-infantil, de salud perinatal, de equidad de género, y de prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra

---

<sup>279</sup> Instituto Nacional de las Mujeres. **Respuestas al cuestionario enviado a los gobiernos por la División para el Adelanto de la Mujer de las Naciones Unidas sobre la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing (1995) y los resultados del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General (2000)**. México, Abril de 2004. p.7

<sup>280</sup> “Comentarios a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención de la violencia familiar. Programa Mujer y Salud, Secretaría de Salud, 2003”

las mujeres como un problema de salud pública, y evaluar su impacto. Así mismo, proponer modificaciones al marco jurídico con el propósito de eliminar toda forma de discriminación por razones de género, así como a combatir la violencia familiar, sexual y contra las mujeres y a garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

- Fungir como Secretario Técnico del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y del Consorcio Mujer y Salud, y coordinar las actividades del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva; participar en el Consejo Nacional de Población y en la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de las Mujeres en todo lo referente a las materias de su competencia.
- Coordinar, supervisar y evaluar la calidad de la prestación de los servicios de salud en materia de su competencia.
- Definir, con la colaboración de las demás unidades administrativas de la Secretaría, la instrumentación de acciones que permitan incorporar la perspectiva de género en todas las actividades públicas del Sistema Nacional de Salud, incluidas la planeación, programación, presupuestación y prestación integral de servicios de salud.<sup>281</sup>

El presente gobierno manifiesta que con la activación del Programa Mujer y Salud da inicio una cuarta generación de reformas a las políticas dirigidas a la atención de las mujeres, con base en el reconocimiento de las inequidades y desigualdades de género a nivel social y cultural que son fuente del establecimiento de condiciones de dependencia, subordinación, exclusión, discriminación, y violencia en las relaciones entre mujeres y hombres en las esferas familiar, social e institucional. Para ello el programa gira entorno a tres grandes vertientes: "la salud de las mujeres a lo largo del ciclo vital, como profesionales de la salud y como proveedoras de servicios de salud en el hogar y la comunidad."<sup>282</sup> Ello refleja una plan de trabajo que busca integrar a partir de un solo programa, el establecimiento de las bases que incidan en el diseño de las políticas para el fortalecimiento y prevención de la salud de la mujer pero con la peculiaridad de que deben contener dentro de ese diseño la perspectiva de equidad de género, reconocida por el gobierno como la principal estrategia de prevención y reconocimiento de derechos reproductivas y sexuales para el desarrollo de la mujer. De esta manera se observa que las políticas de salud reproductiva del presente gobierno, deberán ajustarse de acuerdo a los contenidos de equidad de género reconocidos en el PROMASA.

---

<sup>281</sup> Idem

<sup>282</sup> Idem



Sobre el Consorcio Nacional Mujer y Salud, éste tiene cobertura nacional y sectorial para el trabajo con todas las instancias de la Secretaría de Salud y del Sistema Nacional de Salud y con instituciones especializadas en temas de la mujer tanto públicas como ONG's. Sus facultades son elaborar y presentar a la consideración del Poder Legislativo las propuestas de políticas nacionales sobre género y salud; acordar políticas y estrategias de consenso que permitan incorporar la perspectiva de género en el diseño de programas, la prestación de servicios, la formación de recursos humanos y en el diseño y ejecución de investigaciones en salud; establecer los mecanismos a través de los cuales se ejecutan las políticas y estrategias al interior de las instituciones representadas en este organismo. Entre los grupos de trabajo se encuentra el Interinstitucional de Salud Reproductiva que analiza y da seguimiento a la situación de los derechos reproductivos, a los programas de salud reproductiva, Arranque Parejo y control de cáncer cérvico-uterino y de mama, entre otros más. El Consorcio Nacional Mujer y Salud es considerado por el gobierno como una figura sin antecedentes con contenido democrático integrado por instituciones públicas de salud y del sector social, académicos y de la sociedad civil. Esto refuerza el cambio de la existencia de una política de planificación familiar exclusiva a reducir el índice de natalidad a la política con los contenidos amplios de la salud reproductiva que no solo busca ofrecer métodos anticonceptivos para la planificación familiar, sino también el agregado de ofrecer más y mejores servicios con opción al fortalecimiento de la salud de la mujer, reconocida dentro de los derechos reproductivos.

#### **6.2.5. Programa de Acción: Salud Reproductiva**

A diferencia del sexenio anterior, la administración 2000-2006 no integró dentro de un solo programa toda la atención de la salud de la mujer entorno a la reproducción, sino que ha establecido tres programas de acción base que distribuye los aspectos principales: el Programa de Mujer y Salud, Arranque Parejo en la Vida y el de Salud Reproductiva. Este último de acuerdo a la planeación establecida indica los aspectos dirigidos a la planificación familiar aunque no utiliza éste termino formalmente sino bajo el de salud reproductiva. El programa se sustenta en que la salud reproductiva "está relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia. Representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las

personas.”<sup>283</sup> Estableciendo los aspectos inherentes a la implantación de la perspectiva de género en los mecanismos que atienden la salud femenina a través del PROMASA y de salud materna en Arranque Parejo, el de salud reproductiva dicta las directrices para la dimensión de la prevención de los embarazos interactuando con la política de población respecto al control de la fecundidad; pero como se ha constatado a partir de 1995, la planificación familiar dirigida a reducir los embarazos no deseados, debe incluir la perspectiva de los contenidos que se reconocen internacionalmente de la Salud y Derechos Reproductivos. Asimismo resulta interesante una serie de derechos de las usuarias que se desprenden de tres principios rectores para el desarrollo del programa: *derecho a la información, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a los servicios de calidad*. De estos principios base para la continuación de la política de planificación familiar en México, se desprenden otros que van delimitando el campo de acción del programa de acción salud reproductiva:

- Información: ser enterado (a) con oportunidad, veracidad y en un lenguaje comprensible, de los beneficios y de los riesgos de las intervenciones médicas.
- Acceso: recibir atención y servicios de calidad con calidez
- Elección: decidir responsable y libremente entre las diversas alternativas que existan para dar cumplimiento a su solicitud
- Seguridad: recibir el tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección a la salud
- Privacidad: recibir información, orientación, consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias
- Confidencialidad: que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas
- Dignidad: ser tratado (a) con respeto, consideración y atención
- Continuidad: recibir información, servicios y suministros por el tiempo que sea requerido
- Opinión: expresar sus puntos de vista acerca de la información, servicios y trato recibidos

284

Los puntos anteriormente señalados se pueden resumir dentro de tres planos, el de informar y a su vez ofrecer acceso a la población usuaria de los beneficios de la planificación familiar; el siguiente sería que una vez que existe la información, otorgar las facilidades para elegir libremente;

---

<sup>283</sup> Secretaría de Salud. **Programa de Acción: Salud Reproductiva**. México, 2001, p. 18

<sup>284</sup> Secretaría de Salud. **Programa de Acción: Salud Reproductiva**. p. 19

y el último sería el de las garantías para la discreción entre la institución y el ó la usuaria. Básicamente estos son los fundamentos, con base en la perspectiva de salud reproductiva adquirida por el gobierno mexicano, para incorporar los derechos reproductivos en cuanto a la planificación familiar se refiere, más allá de la cuestión estrictamente funcional de la dotación de métodos anticonceptivos como era la constante antes de la década de los noventa.

En este sentido la misión del programa es:

*brindar información y servicios de calidad en salud reproductiva para contribuir a que las mexicanas y los mexicanos disfruten de una vida sexual, reproductiva y postreproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión, con particular énfasis en las áreas rurales y urbano-marginadas, en la población adolescente y en las comunidades indígenas.* <sup>285</sup>

Y la visión es:

*hombres y mujeres que toman decisiones responsables y libres sobre su sexualidad, vida reproductiva y postreproductiva con menores riesgos y mayor igualdad en las condiciones de salud.* <sup>286</sup>

La estructuración del programa de salud reproductiva se encuentra marcado por el esquema de planificación familiar formado por siete subcomponentes:

- Salud sexual y reproductiva del hombre
- Salud sexual y reproductiva de los adolescentes
- Salud sexual y reproductiva de la población discapacitada
- Tecnología anticonceptiva
- Salud sexual y reproductiva de las comunidades indígenas
- Atención en el climaterio y la menopausia
- Orientación para la prevención y diagnóstico de la infertilidad <sup>287</sup>

---

<sup>285</sup> *Ibidem*, p. 32

<sup>286</sup> *Idem*

<sup>287</sup> *Ibidem*, p. 30

La aplicación de la política de planificación enmarcada dentro del programa de acción de salud reproductiva, expresa el reconocimiento de que es necesario el fortalecimiento del papel del varón y no solo de manera exclusiva de la mujer; asimismo indica que la población adolescente es susceptible de una mayor cantidad de embarazos no deseados y con consecuencias en su desarrollo humano posterior, por lo que también dicta las pautas entorno a la salud sexual y reproductiva de este sector de la población; y el mejoramiento y desarrollo de métodos anticonceptivos más eficaces y accesibles a la ciudadanía; y uno de los principales agregados en torno a la salud reproductiva es el de la atención de la infertilidad. De acuerdo a los fundamentos, visión y misión incorporados para este programa, el objetivo general se centra en: *prevenir riesgos para la salud de mujeres, hombres, niños y niñas, contribuyendo a disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en los grupos vulnerables de la población.*<sup>288</sup> De esta manera la principal meta a destacar es la de orientar los mecanismos institucionales para la difusión y elección de los métodos de planificación familiar en zonas de difícil acceso que históricamente son los puntos más relevantes que impiden la adecuada aplicación de este tipo de programas.

Con base en el objetivo general, los objetivos específicos que se desprenden son:

- Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las y los mexicanos tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, con énfasis en las áreas rurales, urbano marginadas, indígenas y adolescentes;
- Promover en la población adolescente, actitudes y prácticas responsables y seguras respecto a su salud sexual y reproductiva;
- Disminuir la incidencia de embarazos no planeados, de abortos inducidos y de infecciones de transmisión sexual en la población adolescente;
- Garantizar el acceso a información, orientación y servicios de calidad en planificación familiar en todo el ámbito nacional;
- Disminuir la demanda insatisfecha de los servicios de planificación mediante la oferta sistemática de metodología anticonceptiva, de información veraz y oportuna, de la identificación y eliminación de barreras culturales y la mejoría de la calidad de los servicios;

---

<sup>288</sup> *Ibidem*, p. 35

- Incrementar la participación del varón en la toma de decisiones reproductivas y el uso de métodos anticonceptivos;
- Propiciar actitudes y prácticas que disminuyan los riesgos de enfermedades asociadas con el climaterio y la posmenopausia;
- Brindar información y orientación para la prevención, diagnóstico, manejo y referencia oportuna de los casos de infertilidad;
- Incrementar la calidad de los servicios de salud reproductiva, incorporando tecnología apropiada a las necesidades de los diferentes grupos de la población;
- Promover el desarrollo humano en el personal de salud, poniendo énfasis en la vocación de servicio, competencia técnica y compromiso institucional;
- Establecer acciones conjuntas con todo el sector salud, con otros sectores gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil, para incrementar el acceso a información, educación y servicios con énfasis en los grupos vulnerables.<sup>289</sup>

Para el logro de los objetivos específicos, se establecieron las estrategias a seguir que se basan en la identificación y mejoramiento de la atención de municipios y localidades con atraso en materia de salud reproductiva. Una de las estrategias se refiere al fortalecimiento de la capacitación del personal. Asimismo garantizar insumos de los servicios de salud reproductiva resaltando la planificación familiar; a través del acceso de más y mejor información y educación. Diseñar procesos de supervisión y servicios más amigables a la población adolescente.

#### **6.2.6. Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida**

Uno de los principales factores para la implementación de este programa fue la identificación de que existían 2.5 millones de embarazos de los cuales 370 mil partos no eran atendidos en instituciones de salud públicas o privadas. Es un programa que establece una continuidad en la atención de la salud materno-infantil y al igual que los anteriores, manifiesta el contexto de la salud reproductiva en sus acciones. Cabe resaltar que este plan de trabajo es considerado como prioritario para el sector salud en vista del alto índice de mortalidad materna; esencialmente centra su campo de acción en el plano de atender las complicaciones durante el embarazo, parto y posparto, así como el agregado de atender cualquier dificultad que se presente

---

<sup>289</sup> *Ibidem*, p. 36

en la salud del recién nacido, de ahí la particularidad del nombre del programa. Su misión es: *brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los dos primeros años de vida.* <sup>290</sup> La visión a alcanzar se refiere a: *“Mujeres que con su pareja toman decisiones responsables y disfrutan el derecho a tener una maternidad saludable; niñas y niños sanos y bien desarrollados con acceso equitativo a los servicios de salud.”* <sup>291</sup>

Los objetivos establecidos por el programa son:

- Lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad;
- Disminuir la mortalidad materna con prioridad en las regiones con mayor incidencia y números de defunciones;
- Disminuir la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento para reducir las diferencias entre las diversas regiones del país;
- Conjuntar los esfuerzos de sociedad y gobierno para la operación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. <sup>292</sup>

De entre los mecanismos innovadores en atención en este campo se encuentra la creación del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida que tiene las siguientes funciones:

- Proponer políticas, lineamientos, normas, procedimientos, estrategias y acciones para la operación del programa;
- Vigilar y evaluar el cumplimiento de las normas, procedimientos y lineamientos generales, así como el desarrollo y los resultados del programa;
- Proponer las medidas para mejorar la instrumentación del programa;

---

<sup>290</sup> Secretaría de Salud. **Programa de Acción: “Arranque Parejo en la Vida”**. México, 2001, p.29

<sup>291</sup> Idem.

<sup>292</sup> Ibídem, p.33

- Promover, vigilar y en su caso, acreditar que las unidades de atención médica cuenten con la infraestructura, así como con los insumos necesarios para realizar las acciones del programa;
- Coadyuvar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en relación con la mortalidad materna, perinatal e infantil;
- Coordinar las acciones de las instituciones y organismos que integran el Comité con el propósito de homogeneizar y racionalizar las acciones que se realicen en el programa.<sup>293</sup>

Asimismo se creó una red de servicios que consisten unidades de salud denominadas clínicas Sí Mujer regionales con personal capacitado, equipos e insumos para la atención de embarazos normales y partos de bajo y mediano riesgo. A su vez se coordinan con los hospitales Sí mujer. El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida se constituye en un Plan Estratégico dividido en los siguientes temas:

- Embarazo saludable
- Parto y puerperio seguros
- Recién nacido sano
- Niñas y niños bien desarrollados
- Desarrollo humano
- Red social y participación comunitaria
- Monitoreo y evaluación
- Fortalecer la estructura de los servicios

El Programa de Arranque parejo en la vida comenzó a operar el 10 de mayo de 2000, y en lo que va de su funcionamiento “atendía a 1.5 millones de mujeres y niños hasta de dos años de edad; cuenta con una red de 149 clínicas y 102 hospitales SI Mujer (Salud Integral para la Mujer) y 31 posadas AME (Atención de la Mujer Embarazada, las que vigilan los partos de riesgo). También en el esquema se ha capacitado a 10 mil parteras tradicionales y en 2003 se practicaron 900 mil pruebas de tamiz neonatal, con lo que se previnieron 332 casos de hipotiroidismo congénito, entre otras acciones”.<sup>294</sup>

---

<sup>293</sup> Idem.

<sup>294</sup> La Jornada. 27-diciembre-04. “Pretende la Ssa reducir la mortalidad maternal. Carolina Gómez.

### 6.2.7. Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Se decidió incluir éste programa en virtud de que el VIH-SIDA, a pesar de su nivel de importancia, es una infección de transmisión sexual que se contagia, entre otros motivos, por prácticas sexuales. Asimismo es una infección que en la mayoría de las ocasiones se contagia principalmente a la mujer por razones de inequidad de género de la mujer frente al varón, sea su pareja o no, al ser obligada a tener relaciones sexuales sin protección; y según sea el caso, se transmite al producto durante el embarazo, razón por la cual afecta a la salud de la mujer y del recién nacido debido a una falta en sus derechos sexuales y reproductivos. Como en los anteriores programas, pero bajo la perspectiva amplia de salud reproductiva y como parte de los mecanismos de prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual, el programa tiene como misión:

*definir, planear y coordinar las acciones necesarias, en un marco de consenso y descentralización, para que los sectores público, privado y las organizaciones sociales de todo el país, se comprometan en la lucha contra el VIH/SIDA e ITS, con objeto de disminuir el riesgo, la vulnerabilidad y su impacto en las personas y comunidades.*<sup>295</sup>

La visión es: *lograr una mayor participación intersectorial y respuesta social organizada para que todas las personas que viven dentro del territorio nacional cuenten con todos los elementos necesarios para prevenir el VIH/SIDA e ITS; y que las personas afectadas tengan acceso a una atención integral de calidad, en un marco de respeto a la diversidad y los derechos humanos.*<sup>296</sup>

El programa no marca un objetivo general como los otros del sector salud pero si los específicos y se enumeran en los siguientes:

- Incrementar el uso de medidas preventivas en las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS.
- Disminuir la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA e ITS en las poblaciones y entidades federativas más afectadas del país.

---

<sup>295</sup> Secretaría de Salud. **Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**. México, 2001, p. 31

<sup>296</sup> *Ibidem*, . p.p. 31-32



- Interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis, asegurando el acceso a la información, a las pruebas de detección y tratamiento.
- Garantizar a toda la población servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados de cualquier ITS y VIH en unidades del Sector Salud.<sup>297</sup>

Evidentemente la tendencia del programa se enfoca en las campañas de prevención para contrarrestar cualquier tipo de contagio, así como desarrollando el avance tecnológico en los casos de que ya se encuentran embarazada la mujer y detener el riesgo de transmisión perinatal a través del acceso de la información y tratamientos eficaces, particularmente en áreas de mayor vulnerabilidad o marginadas.

#### 6.2.8. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

Aunque no se manifiesta como un acción específicamente definida para atención en salud reproductiva, si señala lineamientos base para la atención de esta así como de los otros planes del sector salud. Se orienta para la implementación de un sistema de calidad con el objetivo general de "elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población. Los objetivos específicos enfocados al usuario son el de "proporcionar un trato digno sin excepción a todos los usuarios de los servicios de salud; proporcionar a los pacientes atención médica efectiva, eficiente, ética y segura; elevar la satisfacción de los usuarios y atender sus expectativas." <sup>298</sup> Si se traslada a los programas enfocados al desarrollo de la salud reproductiva, resulta importante en el aspecto de proporcionar información de servicios de buena calidad y mejorar la percepción sobre la calidad de los servicios de salud a partir de datos confiables para desarrollar confianza en la población que permita ofrecer una imagen institucional de servicios con calidad que es el objetivo final del programa. En materia de coordinación y dirigidos al Sistema de Salud en general, los objetivos son "establecer un sistema de rendición de cuentas; establecer un sistema de información básico, único y confiable de procesos y resultados de calidad-eficiencia, con base en un sistema estandarizado de clasificación de pacientes; introducir procesos de mejora continua en todos los niveles del sistema que conduzcan hacia una mayor calidad con mucho menos desperdicios; desarrollar la capacidad directiva en todos

---

<sup>297</sup> Idem

<sup>298</sup> Secretaría de Salud. **Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud**. México, 2001, p.37

los niveles del sistema; establecer un sistema regulatorio promotor de la calidad y de la eficiencia; promover una educación sobre calidad, para la calidad y de calidad para el personal de los servicios de salud.”<sup>299</sup> Es interesante la Estrategia 3: Sustentación, pues en ella marca que en el nivel de usuarios, la estrategia será a través de la divulgación permanente de los derechos del paciente que resulta de gran importancia para la promoción de los derechos reproductivos.

#### 6.2.9. Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2001-2006

El Instituto Nacional de las Mujeres es el encargado de diseñar y promover el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (Proequidad) para coordinar y orientar los esfuerzos tendientes a cumplirlo, y evaluar sus resultados; si se observan los objetivos específicos que su ley le fija, así como las características de su facultad programática, se puede determinar que el Proequidad conjunta tres grandes campos de intervención:

1. La reorientación de las políticas y los programas regulares de todos los sectores de la administración pública federal, a fin de que los objetivos y criterios de equidad entre hombres y mujeres sean observados en el diagnóstico, en la formulación de las políticas, los programas y los proyectos dedicados a toda la población y en la evaluación de sus resultados.
2. El impulso de políticas y programas coordinados con la finalidad de abordar problemáticas que exijan una intervención intersectorial o interinstitucional (como es el caso de la violencia familiar), o que estén dirigidos a atender grupos de la población femenina especialmente vulnerables a la discriminación (como es el caso de mujeres indígenas o migrantes).
3. La generación de normas, lineamientos y procesos para la incorporación de la perspectiva de género en el quehacer regular de las organizaciones e instituciones públicas.<sup>300</sup>

---

<sup>299</sup> *Ibidem*, p. 38

<sup>300</sup> Instituto Nacional de las Mujeres. **Programa Nacional de Igualdad de oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres**. México, 2001, p. 24

El Proequidad se ha concebido como un de política pública encargado de efectuar el objetivo rector No.2 del Plan Nacional de Desarrollo que es el de “acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades que implica utilizar criterios que reconozcan las diferencias y desigualdades sociales para diseñar estrategias de política social dirigidas a ampliar y ofrecer igualdad de oportunidades a todos los hombres y mujeres de la población mexicana”. Para ello asume y promueve los compromisos internacionales adquiridos por el gobierno mexicano respecto a la protección de los derechos de las mujeres a través de la Convención Internacional para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Por lo tanto es manifiesta su orientación para la aplicación de las acciones tendientes a ofrecer una mejor situación de la mujer con respecto a la equidad de género, y la salud reproductiva es uno de ellos. El objetivo general del Proequidad es: *potenciar el papel de las mujeres mediante su participación, en condiciones de igualdad con los hombres, en todas las esferas de la sociedad, y la eliminación de todas las formas de discriminación en su contra, a fin de alcanzar un desarrollo humano con calidad y equidad.*<sup>301</sup> Como se ha evidenciado, la postura de los últimos dos gobiernos se refiere a combatir la situación de desventaja de la mujer frente al hombre como origen de problemas sociales que afectan su desarrollo individual y profesional al igual que es foco de problemas de salud referentes a su actividad sexual y ciclo perinatal.

Los objetivos específicos son:

1. Incorporar la perspectiva de género como eje conductor de los planes, programas, proyectos y mecanismos de trabajo en la administración pública federal.
2. Impulsar un marco jurídico nacional eficiente y acorde con los compromisos internacionales en materia de derechos humanos para las mujeres y las niñas, a través del cual se promoverá y garantizará el pleno disfrute de estas normas fundamentales de las mujeres y la niñez.
3. Fomentar la igualdad de oportunidades económicas entre hombres y mujeres a través de la promoción de medidas programáticas de carácter afirmativo desde una perspectiva de género.

---

<sup>301</sup> Ibidem p. 56

4. Promover el desarrollo de procesos y políticas públicas sensibles a las diferencias entre hombres y mujeres que condicionan la pobreza.
5. Fomentar en todos los espacios de nuestra sociedad una educación para la vida que promueva el aprecio por la diversidad, la tolerancia y el respeto a las diferencias de género de las personas, así como garantizar, con igualdad y equidad, en todos los niveles, tipos y modalidades educativas, atención específica a las niñas y las mujeres, para lograr ampliar su participación y desempeño en todos los campos de la actividad humana, con un sentido de justicia, al margen de prejuicios y discriminaciones.
6. Eliminar las desigualdades que impiden a las mujeres alcanzar una salud integral.
7. Prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.
8. Garantizar a las mujeres el acceso y la plena participación en las estructuras de poder y la toma de decisiones, en igualdad de condiciones que los hombres.
9. Fomentar una imagen de las mujeres equilibrada, respetuosa de las diferencias y sin estereotipos en los ámbitos culturales, deportivos y en los medios de comunicación.<sup>302</sup>

Asimismo el Proequidad “reconoce el papel de las organizaciones de las mujeres en el fortalecimiento de la perspectiva de género en las políticas públicas. Reconoce que ha sido la movilización de organizaciones de mujeres, el factor desencadenante de las transformaciones sociales, políticas y económicas en beneficio de la igualdad entre hombres y mujeres, siendo, en muchas ocasiones, el acervo más importante de experiencia en la innovación de políticas públicas desde la perspectiva de género”.<sup>303</sup> El Proequidad, a partir del objetivo general, establece ocho áreas, entre las que destacan para la defensa de los derechos reproductivos: Derechos Humanos, en el que el gobierno federal “reconoce en estos derechos, las facultades y prerrogativas de carácter civil, político, económico, social y cultural que poseen los hombres y las mujeres por el simple hecho de ser y estar investidos de la dignidad que califica la naturaleza humana”.<sup>304</sup> El de la Atención a la Salud, en el que reconoce que la “desigualdad entre los hombres y las mujeres es uno de los obstáculos más importantes a salvar en el logro del más alto nivel de salud posible que debe ser logrado mediante políticas públicas desde una perspectiva de género.”<sup>305</sup> Entre las principales líneas estratégicas generales destaca la de la introducción de la perspectiva de género como eje

---

<sup>302</sup> *Ibíd*em, p. 57

<sup>303</sup> *Ibíd*em, p. 33

<sup>304</sup> *Ibíd*em, p. 33

<sup>305</sup> *Ibíd*em, p. 35

conductor de los planes, programas, proyectos y mecanismos de trabajo de la administración pública federal.; la de “la participación de la sociedad civil en los procesos de programación, ejecución y evaluación de las políticas públicas para el adelanto de las mujeres”; la de “la atención a grupos en condiciones de vulnerabilidad”. Las líneas estratégicas específicas, en cuanto al objetivo específico 1, establece “supervisar, en coordinación con las dependencias del Ejecutivo Federal, la elaboración y ejecución de los programas sectoriales desde la perspectiva de género”.<sup>306</sup> Aunque este programa no se deriva de la Secretaría de Salud en cuanto al reconocimiento de los contenidos de la salud reproductiva, resalta que es a través del Proequidad el establecimiento de un objetivo que introduzca una coordinación institucional entre dependencias para la incorporación de la perspectiva de género que coadyuva para garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos, sin embargo no se especifica como tal, ni en pro de la salud reproductiva en estricto sentido. Sin embargo si detalla la implementación de la equidad de género para el tema de la salud reproductiva ya que en las líneas estratégicas del objetivo 6 relativo a las desigualdades entorno a la salud integral de la mujer marca “desarrollar en coordinación con el Sector Salud, el presupuesto que se requiera para el diseño, operación y evaluación de las políticas públicas en la materia y con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, indicadores de género que orienten el diseño, operación y evaluación de las políticas públicas de salud desde la perspectiva de género; proponer en coordinación con el Sector Salud, el diseño y puesta en marcha de programas y servicios de salud integral para mujeres, considerando las diferencias en su ciclo de vida, condiciones sociales, económicas, culturales y regionales; promover en coordinación con el Sector Salud, el incremento de programas y servicios de salud física y mental, así como de salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de género, en los que se incluya la atención a mujeres y niñas desde la adolescencia hasta el climaterio; desarrollar en coordinación con el Sector Salud, mecanismos que permitan evaluar la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y programas de salud; capacitar y sensibilizar a las personas encargadas de diseñar políticas y programas, así como de proporcionar servicios de salud, en el tratamiento adecuado de los problemas específicos de género.”<sup>307</sup> Esencialmente el Proequidad a través de esta estrategia, correlaciona el asunto de la salud sexual y reproductiva de la mujer con la incorporación en el sector salud de la perspectiva de género, que es el objetivo central del Inmujeres y de su programa base de acción. Asimismo, en cuanto a este objetivo específico entorno a la salud de la mujer, las

---

<sup>306</sup> *Ibidem*, p. 39

<sup>307</sup> *Ibidem*, p. 47

acciones de cooperación sectorial con la Secretaría de Salud establece los siguientes principales puntos:

- ✓ Realizar tres convenios de colaboración para desarrollar investigaciones sobre la salud integral de las mujeres y la situación institucional que guardan las distintas dependencias del sistema nacional de salud respecto a la equidad de género;
- ✓ Alcanzar y mantener en 80% la cobertura de detección temprana de cáncer cérvico-uterino en el grupo de mujeres de 25 a 64 años de edad;
- ✓ Aumentar la prevalencia de uso de anticonceptivos a 73.9 por ciento del total de mujeres unidas en edad fértil;
- ✓ Disminuir la tasa global de fecundidad a 2.06 hijos por mujer;
- ✓ Reducir la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas en edad fértil, al 6.5% para el año 2006;
- ✓ Incrementar en 15%, en comparación con las cifras del año 2000, el número de mujeres en edad fértil unidas usuarias activas de métodos anticonceptivos;
- ✓ Reducir la tasa específica de fecundidad a 61 nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 19 años en el año 2006;
- ✓ Incrementar al 54% la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en menores de 20 años;
- ✓ Incorporar el autocuidado de la salud, la salud reproductiva y la elección informada de los métodos de planificación familiar en los programas locales y regionales de comunicación educativa en por lo menos 30% de los 531 municipios con más de 40% de población hablante de lengua indígena;
- ✓ Diseñar e implementar programas de capacitación sobre género y salud para las instituciones del sector salud;

En las acciones inmediatas:

- ✓ Propiciar el fomento de mecanismos de información, educación y comunicación para incrementar la participación de los hombres en el cuidado de su salud sexual y reproductiva. (En coordinación con el CONAPO)
- ✓ Promover campañas de difusión de los derechos de las mujeres en materia de salud;

- ✓ Desarrollar mecanismos de difusión e información en lengua indígena sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.<sup>308</sup>

Con el Instituto Mexicano del Seguro Social y siguiendo con el objetivo 6 de salud, se encuentran:

- ✓ Implementar campañas de difusión e información a la población sobre prevención y factores de riesgo en materia de salud sexual y reproductiva;
- ✓ Implementación de campañas permanentes para fomentar la mayor participación de los hombres en las decisiones de la planificación.

## 6.2.10. Programa del DIF

### 6.2.10.1. El Sistema Nacional de Asistencia Social

El Sistema Nacional de Asistencia Social es el conjunto de instituciones públicas, sociales y privadas, encargadas del desarrollo de la familia, de la protección de la infancia y de la prestación de servicios de asistencia social. El Sistema Nacional de Asistencia Social, del cual forma parte el organismo denominado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, es quien coordina y promueve los trabajos en este campo que complementa muchas de las acciones encaminadas a proteger el capital social y el capital humano de nuestra nación. El Sistema, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se identifica con la serie de instituciones que por ley deben apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad, especialmente de aquellas que presentan mayor riesgos de desintegración, violencia o de presentar alguna situación adversa y no tener capacidad para enfrentarla. El Sistema DIF está integrado por un organismo central, el DIF Nacional, que de acuerdo a la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social debe coordinar las actividades en la materia, así como por 32 sistemas estatales DIF y los sistemas municipales DIF que actualmente existen en alrededor de 1,500 de los 2,414 municipios mexicanos. Tal y como lo define el artículo 4° de la misma Ley, el DIF es el responsable de la atención de menores en situación de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos de maltrato, de menores infractores, de alcoholicos, de los fármaco dependientes y de los individuos en condición de vagancia, de mujeres en período de gestación o lactancia, entre otras actividades más. De los trabajos de investigación que difunde el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), se encuentran los

---

<sup>308</sup> *Ibidem*, p. 70

dedicados al apoyo de los niños de la calle y establece que son “en alto grado propensos a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), pues en su mayoría están expuestos a violaciones, tienden a la promiscuidad, homosexualidad y prostitución. Además de que los que no están incorporados a programas gubernamentales y de organizaciones civiles se encuentran en riesgo permanente de contraer enfermedades como gonorrea, síndrome de inmunodeficiencia adquirida y hepatitis B”. Al respecto, el mismo DIF advierte la falta de coordinación interinstitucional con las otras áreas de gobierno encargadas de la salud reproductiva. En un balance sobre el tema, la institución reconoce que no cuenta con un programa específico sobre salud sexual y reproductiva para esa población, pero sí con uno orientado a la atención de madres adolescentes. Sus datos más recientes (del año 2002) apuntan sobre una estimación de nacimientos –en este grupo- de 285 mil 500, que en comparación con dos años atrás representaron una reducción de 30 mil 400.<sup>309</sup> Resulta relevante que la junta de gobierno del DIF se integra por los titulares de las secretarías de Salud ( que preside esta instancia de gobierno), Gobernación, Hacienda y Crédito Público, Educación Pública, Trabajo y Previsión Social, y de la Procuraduría General de la República y los directores generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, de la Lotería Nacional y de Pronósticos Deportivos, así como de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares y el Director General del propio organismo, para efectos de reconocer la cooperación interinstitucional. La misión del DIF es la de *promover la integración y el desarrollo humano individual, familiar y comunitario, a través de políticas, estrategias y modelos de atención que privilegian la prevención de los factores de riesgo y de vulnerabilidad social, la profesionalización y calidad de los servicios desde una perspectiva de rectoría del Estado en el Sistema Nacional de Asistencia social.* Para la atención de salud reproductiva, el DIF tiene un área dedicada a atender a las mujeres adolescentes que se encuentran dentro de una problemática de un embarazo no deseado y que incide directamente en los derechos reproductivos. El objetivo de esta área es *prevenir y atender los riesgos de exclusión social derivados del embarazo no planeado en la adolescencia, proporcionando en concordancia con sus características y bajo una perspectiva de género, la orientación y asistencia adecuada e integral que fomente una actitud responsable frente a su sexualidad, propiciando su incorporación a una vida plena y productiva.*

---

<sup>309</sup> La Jornada. 12-enero-05. “Niños de la calle, propensos a males de transmisión sexual”. Alma E. Muñoz Rojas.



### 6.2.11. Objetivos de Desarrollo del Milenio en México

En el año 2000 se efectuó la Cumbre del Milenio en la que México suscribió, junto con 189 países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, la Declaración del Milenio. Dicho documento contiene ocho compromisos conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que buscan organizar y asumir compromisos por parte de cada país para la aplicación de medidas tendientes a combatir problemas como son la pobreza, el hambre, así como mejorar la educación, la equidad de género, la sostenibilidad ambiental, incrementar la salud y fomentar una asociación global para el desarrollo; la fecha para conseguir cada uno de los compromisos será en el año 2015. Evidentemente toca aspectos que se relacionan con los temas de la agenda pública de los gobiernos en donde se presentan mayores dificultades, pero es evidente la orientación de que son problemáticas que se suscitan en países emergentes y el diseño de las políticas son realizadas con base en las recomendaciones de las naciones hegemónicas. Para el caso de México, el seguimiento y la evaluación de los ODM estarán a cargo de la Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social, en la que participan 14 Secretarías de Estado. “Ésta se apoyará en las tecnologías de la información para contar con bases de datos confiables y para brindar información al público de manera periódica.”<sup>310</sup> Esto muestra una figura de coordinación institucional para la consecución de objetivos establecidos como parte de un plan a seguir en los temas ya indicados en los objetivos del desarrollo del milenio. Sin embargo no se puede considerar una figura de coordinación ex profeso para el seguimiento e interacción interinstitucional para la aplicación de la dimensión de salud reproductiva acuñada por la presente administración y que divide su campo de acción en más de un solo programa de acción. La base conceptual y sustento ideológico de los objetivos del milenio, se fundamentan en la consolidación de un “Estado garante de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.”<sup>311</sup> De forma paralela a los programas que realiza el Poder ejecutivo en la atención y cuidado de la salud reproductiva, es importante señalar que existen objetivos incluidos en la Declaración del Desarrollo del Milenio inherentes al asunto de la salud reproductiva como son los Objetivos 4, 5 y 6, que se refieren a temas de salud. Ejemplo de esto es que el documento de reporte del avance de ejecución refiere que “la mortalidad en menores de cinco años se ha reducido de 44.2 a 25.0 defunciones por cada mil nacimientos entre 1990 y 2003;

---

<sup>310</sup> Presidencia de la República. **Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005**. México, 2005. p. 4

<sup>311</sup> Idem

sin embargo, la meta de 14.7 defunciones está todavía lejos. Lo mismo ocurre con la razón de mortalidad materna por cada 100 mil nacimientos, que en el mismo periodo se redujo de 89 a 65.2, con lo que la meta de 22.2 se encuentra aún más lejos que la anterior".<sup>312</sup> Para la aplicación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el actual gobierno los ha incluido dentro del área de Desarrollo Social y Humano del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Como se ha descrito anteriormente, para la función de inclusión de la perspectiva de género dentro de las políticas de la administración pública, se aprobó la Ley de creación del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) que ejecuta el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la No Discriminación 2001-2006, PROEQUIDAD, "el cual da seguimiento al Programa Nacional para el Adelanto de las Mujeres (1995-2000), que fuera implementado a fin de dar cumplimiento a lo establecido en el párrafo 297 de la Plataforma de Acción de Beijing, respecto a la elaboración de los planes de acción nacionales."

#### 6.2.11.1. Objetivo 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer

La promoción de la perspectiva de género es un tema que ha marcado como prioritario en su esquema de gobierno la presente administración, que se demuestra al ser considerado como plan de acción al interior de la Secretaría de Salud, y como institución con la creación del Instituto Nacional de las Mujeres. Y precisamente son los elementos con lo que ofrece resultados en el reconocimiento de éste objetivo, mismo que se relaciona con la acción a favor de la salud reproductiva por su conexión con la equidad de género que promueve la autonomía de la mujer para las decisiones concernientes a su vida sexual y reproductiva. Paralelamente a la existencia de oficinas con los mismos objetivos a lo largo de la República Mexicana, en concordancia con el Inmujeres, en 29 estados hay otros institutos; en dos más existen coordinaciones o consejos de la mujer y en otro más una Secretaría de la Mujer. Un campo importante para promover este objetivo es la educación pues se identifica que deben fomentarse desde la infancia los elementos que proporcionan un cambio de actitud frente a las tradiciones culturales que han favorecido la desigualdad entre hombres y mujeres. De esta manera se reconoce que "en 2000 la tasa de conclusión de mujeres fue de 60.7, mientras que la masculina fue de 60.9. Esta relación, sin

---

<sup>312</sup> *Ibíd*em, p. 8

embargo, se desequilibra en perjuicio de las mujeres en el medio rural.”<sup>313</sup> Sobre la violencia contra la mujer, parte de la dimensión de inequidad de género y origen de complicaciones de la salud de la mujer dentro del embarazo se indica que “en 2003, 35.4 por ciento de las mujeres de 15 años y más, unidas y copresidentes con su pareja, sufrían de violencia emocional ejercida por su compañero o cónyuge, 27.3 por ciento padecían violencia económica, 9.3 violencia física y 7.8 violencia sexual.”<sup>314</sup>

#### 6.2.11.2      **Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil**

En este objetivo relacionamos su finalidad con el tema de la atención posnatal con relación al recién nacido como otro fundamento del contexto de la salud reproductiva. De acuerdo con el reporte se señala “que la mortalidad infantil representa aproximadamente 85 por ciento de la mortalidad en menores de cinco años; además, el peso de las defunciones neonatales respecto al total de defunciones infantiles ha ido en aumento, lo que indica que cada vez es mayor el riesgo de que un niño muera durante su primer mes de vida respecto a cualquier otro momento de su primer año. En 1990, el total de defunciones neonatales representó 48.1 por ciento del total de las infantiles, mientras que en el año 2002 ascendió a 62.5 por ciento; el reto es intensificar las acciones para disminuir los riesgos de defunción con las afecciones originadas en el período perinatal y con las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que son las dos principales causas de mortalidad neonatal.”<sup>315</sup> El instrumento que ofrece el gobierno para atender este objetivo es la implementación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida para los fines de disminución de la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento. Especifica que participan en coordinación las áreas de salud reproductiva, promoción de la salud, salud de la infancia y adolescencia, vigilancia epidemiológica y otras áreas afines.

#### 6.2.11.3.      **Objetivo 5: Mejorar la salud materna**

La mortalidad materna es uno de los problemas que se han identificado como parte de los temas a resolver a través del ejercicio de la salud reproductiva ya que es reconocida como un problema de salud pública y como una expresión de la desigualdad que prevalece en diversas

---

<sup>313</sup> *Ibíd*em, p.25

<sup>314</sup> *Ibíd*em, p. 26

<sup>315</sup> *Ibíd*em, p28

regiones. Ejemplo de esto y como lo ejemplifica el mismo documento, “en 1955 la razón de mortalidad materna registrada fue de 197.4 por cada 100 mil nacidos vivos, y disminuyó a 65.2 en 2003, esto es un descenso de 66.9 por ciento en un lapso de casi 50 años. Sin embargo, en comparación con el valor estimado para 1990, la razón de mortalidad materna únicamente descendió 26.7 por ciento en 2003.”<sup>316</sup> No solamente interesa al ejecutivo demostrar los avances en el objetivo a nivel internacional, sino que internamente ha difundido que el asunto de la mortalidad materna es un tema de la agenda de gobierno prioritario, por lo que el seguimiento al programa Arranque Parejo es fundamental. Al respecto estima que solamente en 12 entidades federativas se concentra cerca de 75 por ciento del total de las defunciones maternas, “con los niveles más altos en los estados del centro y del sureste del país, que en general son los que cuentan con los mayores índices de marginación, las menores coberturas de uso de anticonceptivos y de atención del parto por personal calificado.”<sup>317</sup> En este tenor las principales causas de defunción materna han sido los trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio.

#### 6.2.11.4. Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Otro de los objetivos del desarrollo del milenio que relacionamos con la salud reproductiva es el del combate del VIH/SIDA, por las particularidades del enfoque de género, y derechos sexuales de las mujeres, con respecto a su contagio. Se estima que solamente en 2004 contrajeron esta enfermedad aproximadamente 4.9 millones de personas a nivel mundial y hubo 3.1 millones de defunciones. “En términos absolutos, México ocupa el cuarto lugar en América Latina y el Caribe, pero es uno de los países con la prevalencia más baja entre la población adulta (0.3 por ciento)”<sup>318</sup>, de ahí que entre los puntos que fortalecen la acción en salud reproductiva es la difusión y prevención de contagios en relaciones sexuales dentro de la población adolescente. Este Gobierno ha indicado que el combate al VIH/SIDA, al lado de la mortalidad materna, es de tipo prioritario por lo que ha otorgado para su prevención amplios recursos presupuestales que se han incrementado en forma significativa (más de 14 veces) en el período comprendido del año 2000 a 2004, principalmente para la compra de antirretrovirales. Como se observa, los objetivos del desarrollo del milenio son compromisos asumidos internacionalmente en temas que por sus características retoman aspectos del desarrollo humano y de dimensión de empoderamiento de la mujer en cuanto

---

<sup>316</sup> *Ibidem*, p.30

<sup>317</sup> *Idem*

<sup>318</sup> *Ibidem*, p.32

al entorno de su salud e igualdad de género. Los avances que se presenten a lo largo de la vigencia de la Declaración, estarán directamente vinculados con los avances de los respectivos programas de acción en cuanto a la salud reproductiva, que como se han señalado, se dividen en Salud Reproductiva, Salud de la Mujer, Arranque Parejo, y en correlación con las políticas del Instituto Nacional de las Mujeres con la ejecución del Proequidad para la promoción de la perspectiva de género. Por lo que la continuación de la adopción del contexto amplio y reconocido de salud reproductiva dentro de las políticas de salud y población en México, encuentra otros mecanismos complementarios que refuerzan la rendición de cuentas en dichos aspectos; entonces no solo es el cumplimiento de las metas de acuerdo a los programas de salud y el de población, sino que igualmente deberán refrendarse a nivel internacional con los reportes de avances que se realicen año con año.

#### ESQUEMAS DE INDICADORES DE AVANCE DE RESULTADOS

##### OBJETIVO 3: PROMOVER LA EQUIDAD DE GÉNERO Y LA AUTONOMIA DE LAS MUJERES

| Meta: 4: eliminar las desigualdades entre mujeres y hombres en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015. |                     |                     |                     |                     |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Indicadores   | 1990                | 1995                | 2000                | 2003                |
| Razón entre niñas y niños matriculados en la educación primaria   | 94.3                | 93.9                | 95.3                | 95.4                |
| Razón entre niñas y niños matriculados en la educación secundaria   | 95                  | 93.7                | 96.4                | 98.1                |
| Razón entre mujeres y hombres matriculados en la educación media superior   | 93.6                | 98                  | 102.4               | 104.2               |
| Razón entre mujeres y hombres matriculados en la educación superior   | 74.9                | 90.1                | 96.3                | 99.8                |
| Tasa de alfabetización de las mujeres entre 15 y 24 años de edad  | 94.7                | 95.6                | 96.4                | 97.4p/              |
| Tasa de alfabetización de los hombres entre 15 y 24 años de edad  | 95.8                | 96                  | 96.7                | 97.6p/              |
| Proporción de mujeres asalariadas en el sector no agropecuario  | 38.8                | 37.8                | 37.3                | 36.8                |
| Proporción de mujeres en la Cámara de Diputados   | 14.5<br>(1994-1997) | 17.4<br>(1997-200)  | 17.8<br>(2000-2003) | 22.6<br>(2003-2006) |
| Proporción de mujeres en la Cámara de Senadores   | 10.2<br>(1994-1997) | 15.6<br>(1997-2000) | 18.0<br>(2000-2003) | 18.8<br>(2003-2006) |

OBJETIVO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

Meta 5: reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años entre 1990 y 2015.

| Indicadores  | 1990 | 1995 | 2000 | 2003 |
|--|------|------|------|------|
| Mortalidad de menores de cinco años (defunciones por cada 1,000 nacimientos) | 44.2 | 33.7 | 28.5 | 25.0 |
| Mortalidad infantil (defunciones por cada 1,000 nacimientos)                 | 36.2 | 27.6 | 23.3 | 20.5 |
| Proporción de niños de un año vacunados contra el sarampión                  | n.d. | 89.9 | 95.9 | 96.4 |

OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

Meta 6: reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.

| Indicadores  | 1990                    | 1995                    | 2000                    | 2003                    |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Razón de mortalidad materna (defunciones por cada 100 mil nacimientos) | 89.0                    | 83.2                    | 72.6                    | 65.2                    |
| Proporción de partos atendidos por personal de salud especializado     | 54.7<br>(1974-<br>1976) | 67.6<br>(1985-<br>1987) | 83.3<br>(1994-<br>1997) | 87.9<br>(1997-<br>1999) |

n.a. No aplicable

n.d. No disponible

p/ preliminar

Nota 1: La Declaración del Milenio no establece metas para todos los indicadores. Por lo tanto, el criterio para definir el "¿cómo vamos?" en cada indicador responde a:

- 1) la situación (satisfactoria, poco satisfactoria y no satisfactoria) que refleja en el último año de referencia;
- 2) el grado de cumplimiento de una meta, siempre que el indicador esté directamente relacionado con ésta; o
- 3) la tendencia del indicador en el periodo 1990-2003

Fuente: Presidencia de la República. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005.

## Capítulo 7

### Marco Jurídico Regulatorio de la Salud Reproductiva

Por su estrecha relación con las políticas de población establecidas, es conveniente mencionar algunos de los acuerdos internacionales suscritos por México, y que representan compromisos de acción entorno a la salud reproductiva aplicadas en políticas de acción concretas, y son:

- o La Declaración Universal de los Derechos Humanos
- o El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- o El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- o La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1981
- o Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo 1994
- o La Plataforma de Acción de Beijing 1995 <sup>319</sup>

#### 7.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece, dentro del capítulo de las garantías individuales, en su artículo 4, la igualdad del varón y de la mujer ante la ley y el derecho de toda persona “a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”, <sup>320</sup> así como el derecho a la protección de la salud. El 3 de febrero de 1983 se publica en el DOF el *Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. A la letra dice: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. Para el asunto de los cuidados maternos en el artículo 123 en las fracciones V al XV del apartado A y XI C del apartado B establece las normas mínimas de protección para los períodos de maternidad y de lactancia.

---

<sup>319</sup> Erika María Estrada Sotelo. **Estrategias de Campaña sobre consentimiento informado en planificación familiar**. Tesis de Licenciatura, FCP y S, 2001, p. 24

<sup>320</sup> **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**. Secretaría de Gobernación. México, 2005

## 7.2. Ley General de Población

La Ley General de Población marca las pautas para el control de la fecundidad a través de los servicios de planificación familiar. Al respecto dentro del Capítulo I, Objeto y Atribuciones, el artículo 3 estipula la realización de programas de planeación familiar mediante servicios educativos y de salud pública con base en el “absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país”.<sup>321</sup> La Planificación Familiar como elemento para influir en la dinámica de la población, se debe realizar, de acuerdo con esta Ley, “a través de los sistemas educativos, de salud pública, de capacitación profesional y técnica (...) promover la plena integración de la mujer al proceso económico, educativo, social y cultural”.<sup>322</sup> Para la concreción de estas líneas de acción marcadas por ésta Ley, se especifica en el Reglamento de la Ley General de Población la Sección II, dedicada a la Planificación Familiar que corrobora lo estipulado en el artículo cuarto constitucional sobre la libertad de elegir el número y espaciamiento de los hijos. Precisamente el reglamento indica las líneas a seguir para el adecuado seguimiento y administración de las políticas de población sobre el particular. Puntualiza el carácter indicativo de los programas de planificación familiar acerca de proporcionar la información de sus objetivos, métodos y posibles consecuencias de acuerdo a las características de cada usuario con la finalidad de fortalecer el aspecto del derecho a elegir de manera libre la descendencia y que el programa no se relacione con uno con características de control natal que son de suyo coercitivos. Para su aplicación, los programas de planificación familiar “deberán estar integrados y coordinados con los de salud, salud reproductiva, educación, seguridad social e información pública y otros destinados a lograr el bienestar de los individuos y de la familia, con un enfoque de género”. Esto manifiesta la intención gubernamental de crear una red de trabajo en la que los servicios de planificación familiar queden integrados en campos de acción con una difusión directa y a temprana edad, cuando se integran con los programas educativos; y como el ejercicio de la libertad reproductiva es un derecho, se indica igualmente su incorporación dentro de los esquemas de atención de las instituciones de seguridad social hacia los derechohabientes. Estas diferentes vías de difusión y de aplicación de la planificación familiar, quedan bajo los lineamientos y criterios de coordinación interinstitucional emitidos por el Consejo Nacional de Población. Parte fundamental para la legitimación del ejercicio

---

<sup>321</sup> Ley General de Población.

<sup>322</sup> Idem



del componente de libertad de elección en salud reproductiva, es aquella que se indica en el artículo 20 del presente reglamento en cuanto a que:

Queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad. Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias que presten el servicio deberán responsabilizarse de las y los usuarios reciban orientación adecuada para la adopción del método, así como de recabar su consentimiento a través de la firma o la impresión de la huella dactilar en los formatos institucionales correspondientes.<sup>323</sup>

Aunque no es específicamente relativo a la planificación familiar, la sección IV establece el aspecto de la Mujer y Equidad de Género; la formulación de políticas a favor de la condición de la mujer lleva implícito los actos de salud reproductiva por lo que también deberán remitirse a este apartado del reglamento: “la equidad de género se traducirá en el establecimiento y fortalecimiento de mecanismos destinados a impulsar la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de mujeres y hombres; revaloración del papel de la mujer y del hombre en el seno familiar, así como la no discriminación individual y colectiva hacia la mujer”.<sup>324</sup>

### 7.3. Ley General de Salud

En diciembre de 1983 el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, emitida el 7 de febrero de 1984 y entró en vigor el 1 de julio de ese mismo año. Dicha Ley, en función de su objetivo define las bases y modalidades al acceso a los servicios de salud, establece la separación de competencias entre la Federación y los estados, toda vez que el derecho a la protección a la salud es de carácter concurrente; y define los rubros específicos de la Salubridad General.

Esta Ley reglamenta el Artículo 4 Constitucional y tiene como objetivos: definir el contenido y las finalidades del derecho a la protección de la salud; establecer las bases jurídicas para hacer

---

<sup>323</sup> Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Dirección General de Bibliotecas. Nuevo Reglamento DOF 14-04-2000 **Reglamento de la Ley General de Población**. p.4

<sup>324</sup> *Ibidem*, p.5

efectivo ese derecho; definir la participación y responsabilidades de los sectores público, social y privado; establecer las bases de operación del Sistema Nacional de Salud; reglamentar la prestación de servicios; actualizar y completar la normatividad en materia de salubridad general y deslindar la distribución de competencias entre las autoridades sanitarias. La Ley General de Salud le confiere a la Secretaría de Salud la competencia para dictar las normas técnicas en materia de Salubridad General a que queda sujeta la prestación de servicios en todo el país, así como verificar su cumplimiento. Las normas se definen por el conjunto de reglas técnicas o científicas, constantemente renovadas, de carácter obligatorio, que establecen los requisitos por satisfacer en la organización y la prestación de servicios. En la SSA la Comisión Consultiva de Normas Técnicas en Materia de Salubridad General es el organismo encargado de apoyar la elaboración y actualización de las normas técnicas, a través del empleo de una guía para la presentación de las mismas que orientan a las unidades normativas de la SSA y diversos grupos institucionales a realizar su tarea. La Ley General de Salud define 27 asuntos de salubridad general y distribuye la competencia de las autoridades sanitarias en la planeación, regulación, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. En su artículo 27 la atención materno-infantil, la planificación familiar y la asistencia social a los grupos más vulnerables se encuentran dentro de la categoría de servicios básicos de salud. El capítulo V de la Ley marca las pautas para la atención materno-infantil estableciéndola con carácter prioritario y se dirige específicamente a la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio; la atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna; y la promoción de la integración y del bienestar familiar.<sup>325</sup> Asimismo marca las características para la organización institucional de los comités de prevención de la mortalidad materna e infantil y las competencias de las autoridades sanitarias dirigidas a administrar los procedimientos para la participación y apoyo con los padres de familia. El capítulo VI se refiere a los servicios de planificación familiar y se establece como prioritaria comprendiendo: la promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa a favor de la planificación familiar. Define las bases para la evaluación de las prácticas anticonceptivas; así como la relación entre la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional de Población y el mandato para la elaboración de programas educativos en dicho tema.

---

<sup>325</sup> H. Congreso de la Unión-Cámara de Diputados. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Dirección General de Bibliotecas. Subdirección de Documentación Legislativa-Sistematización Electrónica de Información. **Ley General de Salud**, 02/06/2004. , p.16

En el Artículo 67 se establece que:

*la planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.*

El Artículo 68 especifica la promoción de servicios de planificación familiar, educación sexual, asesorías a cargo de los sectores público, social y privado de acuerdo a los lineamientos marcados por el Consejo Nacional de Población; asimismo cuida la atención y vigilancia de los usuarios de la planificación familiar; apoyo a la investigación de anticoncepción, infertilidad. La reforma a la Ley General de Salud y su Reglamento, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004, respectivamente, reforman, adicionan y dan vida al Sistema de Protección Social en Salud mediante el cuál se convierte en Ley el Seguro Popular.

#### 7.4. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

El artículo 39 indica los asuntos a los que deberá dedicarse la Secretaría de Salud, y entre los más destacados en esta materia se encuentran: “establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general...”. Para una adecuada coordinación con las distintas organizaciones encargadas a la atención en salud, en la fracción VI dice que deberá “planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud”. Para la prevención del caso

de las infecciones relativas al contagio por diversos motivos, la fracción XVI dice “estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles...” . Sobre la vigilancia del cumplimiento de las diversas leyes en materia de salud, la fracción XXI indica que la Secretaría debe “actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de Salubridad General”.<sup>326</sup>

### 7.5. Reglamento Interno de la Secretaría de Salud

El Capítulo VI, de las Direcciones Generales, artículo 17 indica los aspectos concernientes al ejercicio y prestación de servicios en salud reproductiva siendo los más destacados:

- Formular, proponer, difundir y evaluar las políticas y estrategias en materia de salud reproductiva, que en todos los casos incluirá la planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer, sin perjuicio de las atribuciones que en estas materias correspondan a otras dependencias.
- Detectar, analizar y promover el estado de bienestar de la población en materia de salud.

### 7.6. Ley de Planeación

El proceso de la planeación de la salud forma parte de la planeación del desarrollo; en la presente gestión se estableció el Sistema Nacional de Planeación Democrática a fin de garantizar el desarrollo integral, el fortalecimiento de la soberanía de la Nación y de su régimen democrático, y para alcanzar, a través de una justa distribución del ingreso y la riqueza, el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales.<sup>327</sup> En 1982 el Congreso de la Unión expidió la Ley de Planeación que instituyó la participación social en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y definió las responsabilidades para un adecuado seguimiento de las actividades sexenales con base en un plan nacional para el desarrollo y donde se especificaría cada uno de los campos asignados dentro de la agenda de gobierno.

---

<sup>326</sup> **Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.**

<sup>327</sup> Jesús Kumate, et al. **La salud en México: Testimonios 1988.** FCE, México, 1988. p.63

### 7.7. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

Respecto a la participación de hombres y niños en la promoción de la igualdad entre los géneros, en materia legislativa, destaca la aprobación en el año 2000 de la Ley para la Protección de las Niñas, los Niños y los Adolescentes, la cual establece las obligaciones de los gobiernos federal, estatales y municipales, y las que corresponden a los padres o tutores, a efectos de garantizar los derechos contenidos en la Ley

### 7.8. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

Incorpora las medidas consideradas como no discriminatorias a favor de la igualdad de oportunidades para las mujeres y los niños y también establece la creación del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, el cual debe proponer y evaluar el Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

### 7.9. Ley del Instituto Nacional de las Mujeres

En enero de 2001 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley del Instituto Nacional de las Mujeres a través de la cual se crearía dicho Instituto como organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica propia y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus objetivos.

En su artículo cuarto especifica el objetivo general del Inmujeres:

promover y fomentar las condiciones que posibiliten la no discriminación, la igualdad de oportunidades y de trato entre los géneros, así como el ejercicio pleno de todos los derechos de las mujeres y su participación equitativa en la vida política, cultural, económica y social del país, bajo los criterios de: transversalidad en las políticas públicas, a partir de la ejecución coordinada y conjunta de programas y acciones desde la perspectiva de género; federalismo para el fortalecimiento de las dependencias responsables de la equidad del género en los diferentes órdenes de gobierno, y

fortalecimiento de los vínculos entre los tres poderes: Ejecutivo,  
Legislativo y Judicial. <sup>328</sup>

### 7.10. Normas Oficiales Mexicanas Relativas a Salud Reproductiva

La Ley General sobre Metrología y Normalización entró en vigor en julio de 1992 y señala las bases para la elaboración de Normas Oficiales Mexicanas. En este sentido el 30 de mayo de 1994 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar para la unificación de criterios, principios, estrategias y políticas tomando como base las garantías de libertad y respeto en las decisiones de los usuarios de los servicios de planificación familiar. El documento normativo que regula la calidad de los servicios en planificación familiar, en todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, es la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOMSPF). Fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 1994, y busca uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios, con el objeto de que las personas, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a sus decisiones y con el apoyo de la consejería, puedan realizar una selección adecuada de los métodos anticonceptivos, al igual que recibir la prescripción o aplicación del método con los estándares correctos de salud. Esta norma fue revisada y aprobada para su elaboración, por representantes de instituciones y organizaciones de la sociedad civil. En la NOM de Servicios de Planificación Familiar se identifican los siguientes términos: Planificación Familiar: es el "derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas". <sup>329</sup> Consentimiento Informado es definido como la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones. <sup>330</sup> En 2004 se modificó la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA-1993, relativa a los Servicios de Planificación Familiar, con el fin de garantizar el derecho de la población femenina a decidir libremente en materia de salud reproductiva al orientar a las mujeres sobre el uso de diversos métodos anticonceptivos, entre ellos la pastilla anticonceptiva de emergencia y el condón femenino. Básicamente especifica los elementos para

---

<sup>328</sup> Ley del Instituto de las Mujeres

<sup>329</sup> SSA. **Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar**, 1994, p.p. 9-10

<sup>330</sup> Erika María Estrada Sotelo. **Ob.cit.** p. 41

ofrecer un servicio con calidad y son: competencia técnica de los prestadores de servicio, información-consejería, variedad y disponibilidad de métodos anticonceptivos, relaciones de confidencialidad, privacidad e higiene de los prestadores de servicio con las usuarias y usuarios; atención integral de necesidades de salud reproductiva. La Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993), atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, define los criterios para los prestadores de servicios y las unidades de atención médica para el cuidado y vigilancia del embarazo, parto, puerperio mediato e inmediato y atención del recién nacido en casos normales. Señala los datos que deben formar parte del expediente clínico y los criterios a seguir para la atención general del recién nacido y medidas de emergencia. La Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, uniforma los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, detección y tratamiento del cáncer cérvico-uterino por medio de la promoción de la salud y la detección oportuna. Y por último se encuentra la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Útero y Mamario en la Atención Primaria (NOM-14-SSA2-1994).

## Capítulo 8 Avances y Temas para la Agenda de la Política de Salud Reproductiva

### 8.1. Participación de Organizaciones Internacionales en la Agenda de Salud Reproductiva

#### 8.1.1. Organización de las Naciones Unidas. Fondo de Población (UNFPA)

A partir del año 1972, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha trabajado en coordinación con el Gobierno de México en lo concerniente a programas y proyectos sobre temas de salud reproductiva, población y desarrollo, género, educación, entre otros. Es el CONAPO la instancia del gobierno mexicano que trabaja con el UNFPA en temas como el bienestar, la reducción de la pobreza, promoción del desarrollo regional sustentable, y el mejoramiento de la salud reproductiva. El objetivo del Subprograma de Derechos Sexuales y Reproductivos que se deriva del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, es el de crear condiciones favorables para el ejercicio pleno de los derechos humanos en materia de salud reproductiva, y sigue una serie de modelos sobre los que establece sus actividades:

- a) la prestación de servicios de salud reproductiva a poblaciones urbanas y rurales en condiciones de pobreza;
- b) la gerencia de servicios de salud reproductiva;
- c) la educación en materia de población y salud reproductiva;
- d) la información y comunicación en materia de población y salud reproductiva;
- e) la ampliación de capacidades y oportunidades de la población adolescente y joven en la toma de decisiones libres, responsables e informadas en lo referente de su sexualidad y su reproducción.

En México, la política de población y de salud reproductiva sigue las mismas líneas estratégicas, particularmente en el reforzamiento en la atención a poblaciones rurales y marginadas, y en lo concerniente a la educación y comunicación. A partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, se exhortó a los países miembros a adoptar medidas a cumplir antes de 2015 como son acceso universal a los métodos de planificación familiar. Así como *"lograr que los servicios de calidad de planificación de la familia sean costeables, aceptables y accesibles para todos; mejorar la calidad de los servicios de planificación de la familia y la*



*información y el asesoramiento psicosocial al respecto; e intensificar la participación de los hombres en la práctica de la planificación de la familia."* <sup>331</sup>

México como uno de los países que asumió los compromisos de El Cairo, ha girado su política de planificación familiar, para adecuarla e incorporarla dentro del esquema de Salud Reproductiva a partir del sexenio 1995-2000 con el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar; y posteriormente en el sexenio 2000-2006, en este caso, dividiéndolo en varios programas de acción; con el compromiso de cumplir la meta para el año 2015, del acceso universal de anticonceptivos a toda la población, sin distinción de clase o condición social, lo que manifiesta que el gobierno mexicano ha hecho efectiva esa transición de haber realizado servicios de planificación familiar bajo la orientación de cumplir metas demográficas a través de dotación de métodos anticonceptivos y atendiendo de manera separada otros aspectos concernientes a la salud de la mujer en su etapa de reproducción; hacia otra concepción de servicio público de salud y demográfico que apela la atención y promoción de otros componentes que se sitúan dentro un concepto holístico que tiene que ver directamente con el aspecto de la sexualidad y de la reproducción. Estas pautas hacia los gobiernos marcaron un cambio en la manera de entender el asunto de la planificación no solo como un mecanismo de prevención de embarazos y con él disminuir los índices de fecundidad, sino que integró otros aspectos que integran la salud de la mujer respecto a su etapa sexual y reproductiva dentro de un enfoque de calidad en los servicios, atención psicosocial y con calidez, así como todos los caminos para la información y consentimiento de las usuarias. El papel del UNFPA es relevante no solo en sus lineamientos sino que también financia productos en pro de la salud reproductiva pues suministra un 40% de los productos anticonceptivos que financia la comunidad internacional de donantes. "También es un importante aliado de los gobiernos y los donantes en la respuesta a los problemas de abastecimiento." <sup>332</sup> El UNFPA es el líder mundial de provisión de suministros de salud reproductiva, incluidos los anticonceptivos. "El fondo es la mayor fuente internacional de esos suministros y la única fuente para unos 25 países." <sup>333</sup> De acuerdo con la representación regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ningún país, rico o pobre, ha cumplido los compromisos contraídos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, efectuada en el Cairo, Egipto, en 1994, esto a un año de su quinto aniversario, lo que indica que la instauración de los contenidos en salud

---

<sup>331</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. **Estado de la población mundial 2004...**, p. 39

<sup>332</sup> *Ibidem*, p. 42

<sup>333</sup> *Ibidem*, p. 48

reproductiva dentro de los esquemas de salud de los distintos gobiernos, ha sido lenta, ya que en 1999 se reconoció que "los países más ricos, que se habían comprometido a financiar un tercio de los 17 mil millones de dólares anuales que cuestan las campañas de salud reproductiva y planificación familiar en el mundo, sólo han cubierto una tercera parte de ese tercio. Y los países en desarrollo, que se comprometieron a cubrir las dos terceras partes restantes, también apenas han cubierto un tercio de su compromiso".<sup>334</sup> Esto nos lleva directamente a la hipótesis de investigación sobre si *la política pública de salud reproductiva no cumple con los postulados del concepto de salud reproductiva*; al respecto y de acuerdo a lo documentado en capítulos anteriores, evidentemente se han incorporado los diferentes componentes que aluden a la salud reproductiva; sin embargo a nivel de la prestación de servicios algunos indicadores demuestran que asuntos como la información, elección, consentimiento informado, universalidad de servicios y de métodos de anticoncepción, son menores a los objetivos y metas con relación a los compromisos asumidos internacionalmente así como en los planes y programas de acción nacionales. Sin embargo no deja de ser relevante las intenciones de los distintos países que asumieron los compromisos de El Cairo, pues desde 1994 se han evidenciado los programas de gobierno en atención a la salud reproductiva con una reorientación en su calidad y satisfacción de necesidades de los clientes, "mediante una más amplia gama de métodos anticonceptivos, mejor seguimiento y mejor capacitación del personal para que proporcione información y asesoramiento psicosocial."<sup>335</sup>

#### 8.1.1.1. Resultados de la Encuesta Mundial realizada por el UNFPA

El UNFPA realizó en 2003 una encuesta mundial con la finalidad de determinar los logros y avances en materia de igualdad de género y habilitación de la mujer, en aquellos países que firmaron los acuerdos de El Cairo 1994, para el avance de la salud reproductiva. La encuesta abarcó cinco conjuntos de mediciones:

- i) proteger los derechos de la niña y la mujer y promover la ampliación de sus medios de acción;
- ii) abordar la violencia por motivos de género, especialmente contra la niña y la mujer;



---

<sup>334</sup> La Jornada, **350 millones de mujeres sin acceso a la planificación familiar** Víctor Ballinas 1999

<sup>335</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. op. cit. p.44

- iii) mejorar el acceso a la educación primaria y secundaria y abordar las disparidades de género en la educación;
- iv) inculcar en los niños varones y los hombres actitudes favorables a la igualdad de género y apoyo a los derechos de la mujer y su habilitación; y
- v) promover la responsabilidad de los hombres por su propia salud reproductiva y la de sus compañeras.<sup>336</sup>

De los resultados más relevantes destacan que en cuanto a la promoción de la igualdad de género, muchos países ya han establecido comisiones nacionales para la mujer, pero sin encontrar aún un “progreso similar en la formulación de políticas y la realización de programas”. En cuanto a las actitudes y responsabilidades masculinas, “sólo 20 países informaron de que habían formulado planes y programas de educación de adolescentes en materia de salud reproductiva”.<sup>337</sup> En el progreso jurídico destaca la aportación de México en cuanto a la adopción de una legislación para proscribir la discriminación por motivos de género. Sobre los derechos reproductivos, se identifica la participación de las ONG en la vigilancia de los derechos reproductivos con la elaboración de informes relativos a los instrumentos internacionales de derechos. “Muchas ONG presentan ‘informes paralelos’ para complementar los presentados por el respectivo gobierno y asisten a sesiones del pertinente comité de vigilancia cuando se examina el informes de su país”.<sup>338</sup> Un aspecto crucial para verificar si los contenidos de la salud reproductiva se han incluido dentro de las políticas de planificación familiar, población y salud con base en los compromisos de la conferencia internacional de El Cairo, es el que se refiere a la percepción que hacen los clientes sobre la calidad de los servicios que reciben; de acuerdo con la revisión anual del estado de la situación mundial sobre población y salud reproductiva del 2004, se establece que los puntos relevantes a considerar para la evaluación de las políticas son:

-  Respeto y trato amistoso y cordial;
-  Preservación del carácter confidencial y privado;

---

<sup>336</sup> *Ibidem*, p. 31

<sup>337</sup> *Ibidem*, p.p. 31-32

<sup>338</sup> *Idem*

- Encargados de los servicios que comprenden la situación y las necesidades particulares de cada cliente;
- Información completa y fidedigna, inclusive revelación de la totalidad de los efectos secundarios de los anticonceptivos;
- Competencia técnica;
- Acceso continuo a suministros y servicios fiables, costeables y sin barreras;
- Equidad: deberían ofrecerse información y servicios a todos por igual, independientemente de su edad, su estado civil, su sexo, su orientación sexual, su clase o su grupo étnico;
- Resultados: los clientes se frustran cuando se les dice que deben esperar o regresar otro día. <sup>339</sup>

Las acciones que siga efectuando el UNFPA seguirán siendo prioritarias sobre todo para los países en vías de desarrollo pues se sabe que entre 2000 y 2015, se espera que aumente en un 40% el número de usuarios de anticonceptivos, lo que significa un avance en el cambio de actitud de las mujeres y parejas por establecer la planificación familiar en su desarrollo personal, pero al mismo tiempo es una demanda que deberán seguir atendiendo los gobiernos dentro del campo de la salud reproductiva. Sin embargo no solo es el asunto del incremento de la demanda de los servicios sino que se prevé que la ayuda internacional disminuirá, debido a que los donantes principales como son el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Agencia para el Desarrollo Internacional “están reduciendo o eliminando su apoyo. No es de esperarse que surja otra fuente de ayuda bilateral o multilateral de la misma magnitud en los próximos años.” <sup>340</sup>

### 8.1.2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

La relación de México con el Fondo de las Naciones para la Infancia (UNICEF), inició con la firma del acuerdo de integración en 1954; y en 1981 se establece en el país el Centro Regional de Actividades que apoya programas nacionales de desarrollo socioeconómico y proyectos regionales, entre los que destacan el de “la promoción y desarrollo de la mujer en Latinoamérica y el de apoyo a

---

<sup>339</sup> *Ibidem*, p. 44

<sup>340</sup> Yolanda Palma Cabrera y José Luis Palma Cabrera. “La sustentabilidad de los programas de salud reproductiva”, en **La población de México, situación actual y desafíos futuros**. Conapo. 2000. México. p.p. 84-96

la estimulación en la primera infancia en Centroamérica y Panamá".<sup>341</sup> Dentro de las políticas a seguir a favor de los adolescentes destaca la de la Promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en un marco de Derechos Humanos; tomando en cuenta la referencia de que dentro de América Latina, el 50% de los adolescentes "son sexualmente activos antes de cumplir los 17 años",<sup>342</sup> las políticas que propone UNICEF a los países de la región en materia de salud reproductiva para los adolescentes son:

- una política de salud integral adolescente
- claridad en la comunicación para prevenir embarazos
- desarrollo de programas de educación sexual y desarrollo humano
- ampliación de la cobertura y el acceso a los servicios de salud para adolescentes hombres y mujeres
- promoción de jóvenes y adolescentes como capacitadores en salud sexual y reproductiva
- capacitación de los profesionales de la salud
- desarrollo de programas de prevención y atención a las víctimas de explotación y violencia sexual
- campañas de movilización en asociación con las organizaciones de jóvenes y adolescentes<sup>343</sup>

Para el caso de México, el UNICEF realiza trabajos en colaboración en la materia de salud reproductiva dirigida a los adolescentes a través del DIF.

### 8.1.3. La Organización Mundial de la Salud

En 1948 se crea la OMS y desde entonces México ha participado en todos los foros y cuerpos de gobierno. En el 2004 se efectuó la 57ª Asamblea Mundial de la Salud y en ella se aprobó por primera vez la estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre salud reproductiva, con el objetivo de acelerar el progreso hacia la conquista de los Objetivos de

---

<sup>341</sup> Jesús Kumate et al. ob. cit. p.p. 265

<sup>342</sup> UNICEF-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. **Adolescencia en América Latina y el Caribe: orientaciones para la formulación de políticas**. Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe.2001, p.32

<sup>343</sup> *Ibidem*, p.34

Desarrollo del Milenio y los objetivos de salud reproductiva planteados en la CIPD y en el examen al cabo de cinco años de su Programa de Acción. En la estrategia se determinan cinco aspectos prioritarios de la salud reproductiva y sexual:

- Mejorar la atención prenatal, del parto, del puerperio y del recién nacido;
- Ofrecer servicios de alta calidad de planificación de la familia, inclusive servicios para tratamiento de la infecundidad;
- Eliminar el aborto realizado en malas condiciones;
- Combatir las ITS, inclusive el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervical y otros trastornos ginecológicos;
- Promover la salud sexual.<sup>344</sup>

Asimismo dicha Asamblea reconoció el Programa de Acción de la CIPD y exhortó a los países a:

- Adoptar y aplicar la nueva estrategia, como parte de las acciones nacionales para conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio;
- Incorporar la salud reproductiva y sexual como parte integrante de la planificación y la presupuestación;
- Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular los de salud de la madre y del recién nacido, con la participación de las comunidades y las ONG;
- Velar por que la puesta en práctica de las normas beneficie a los pobres y a otros grupos marginados, incluidos los adolescentes y los hombres;
- Incluir todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva en los informes nacionales sobre el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio.<sup>345</sup>

El UNFPA conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud trabajan en un proyecto denominado "Medicamentos esenciales y otros productos para servicios de salud reproductiva", y

---

<sup>344</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. op. cit., p. 38

<sup>345</sup> Idem

ahí reconocen cuatro factores que contribuyen a la estrategia de lograr un acceso integral a la salud reproductiva:

- Selección racional, sobre la base de una lista nacional de medicamentos esenciales y guías de tratamiento basadas en hechos comprobados;
- Precios costeables para los gobiernos, las fuentes de servicios de salud y los consumidores;
- Financiación sostenible mediante mecanismos equitativos de financiación, como ingresos gubernamentales o seguros sociales de salud;
- Sistemas fiables de suministro que incorporen una combinación de servicios de suministro públicos y privados.<sup>346</sup>

Además de los trabajos y contribuciones anteriormente citados, la Organización Mundial de la Salud, ha considerado que “no hay elementos para corroborar el argumento de que la educación sexual fomenta la experimentación o mayor actividad sexuales, y acota que el efecto, casi sin excepción, es que se pospone el inicio de las relaciones sexuales o se fomenta el uso eficaz de la anticoncepción”.<sup>347</sup> A pesar de la cooperación internacional, en México la continua rotación de personal y la falta de recursos para adquirir anticonceptivos necesarios para la prestación de los servicios de planificación familiar, “ha dificultado el suministro suficiente y continuo de material en algunos centros de atención.”<sup>348</sup> De tal manera la cooperación internacional resulta fundamental porque el origen de que se incluyan servicios diferentes a los tradicionales en materia reproductiva y planificación familiar en los países, proviene de foros internacionales que suscriben y se comprometen metas a corto y largo plazo. En segundo lugar no solo es la ONU, sino otras figuras internacionales que presentan líneas de trabajo y propuestas para que otros países mejoren el diseño de sus políticas públicas sobre el tema. Por lo tanto esta actividad internacional demuestra una transición del esquema de planificación familiar al de salud reproductiva.

---

<sup>346</sup> *Ibidem*, p. 48

<sup>347</sup> La Jornada. 4-enero-05. “En México, mejor educación sexual en escuelas que en EU: especialista”: Carolina Gómez Mena.

<sup>348</sup> Informe Institucional sobre el Módulo III La mujer y la Salud” (SSA/DGSR) y Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe México 1999 (CONAPO), p. 78

## 8.2. Desarrollo y Avances de la Política de Salud Reproductiva

### 8.2.1. Esquemas de evaluación y mejoramiento de la Política de Salud Reproductiva

Uno de los mecanismos para conocer si una política pública logra los objetivos marcados así como su grado de efectividad, es la evaluación. Se sabe que algunos puntos a considerar para tal efecto son establecer que prioritaria es la necesidad de crear el programa, si su diseño es apropiado; si se implementa de manera adecuada; ó si obtiene los resultados deseados así como el costo económico. A este respecto y en concordancia con el objetivo del presente trabajo de investigación, que alude al análisis de la administración de las políticas para la atención de la salud reproductiva como resultado de una transición que proviene de programas de planificación familiar, establecemos que efectivamente sí existe un cambio dentro de los programas públicos de atención al aspecto reproductivo y de salud de la mujer en etapas de gestación, pues a partir de 1995 se incluyeron los componentes reconocidos internacionalmente de la salud reproductiva en un programa nacional de acción. En este sentido existe la política de salud reproductiva representada en el Programa de Acción del mismo nombre y que surge en el seno de la Secretaría de Salud. Sin embargo no existe un esquema denominado Política de Salud Reproductiva que abarque todos los componentes de la misma, sino por el contrario se encuentran representados en otros Programas de Acción derivados del Programa Nacional de Salud. En este sentido no podemos medir que la política de salud reproductiva, marcada como hipótesis de la investigación, no cumple con los componentes en Salud Reproductiva, pues no existe como tal. En cambio, sí podemos determinar que los distintos Programas de Acción que atienden esos componentes, cumplen o no con los derechos reproductivos. Por otro lado, la segunda hipótesis que establece que la Política de Salud Reproductiva carece de un indicador que evalúe la coordinación entre las instituciones de gobierno que atienden en mayor o en menor medida este tema, resulta igualmente imposible porque, como ya dijimos, no existe una Política Global de Salud Reproductiva. Sin embargo los distintos programas de acción aluden, en diversos documentos oficiales de investigación, de planeación, o en medios de comunicación, a un concepto denominado Salud Reproductiva, para indicar y delimitar el campo de acción de esos distintos programas. Es decir, se reconoce un concepto amplio a favor de una política de Salud Reproductiva, pero no existe un Programa oficial con ese nombre, sino que existen diferentes programas de acción que desarrollan varios de los componentes de la Salud Reproductiva.



Por lo tanto, se reconoce que sí existe la incorporación del concepto holístico de salud reproductiva para atender la salud, y que los mecanismos de política pública se manifiestan con la creación e implementación de programas de acción que son regulados por una instancia superior como lo es la Secretaría de Salud y en ese sentido podemos establecer que esta figura pública manifiesta tener una Política –como curso de acción- en materia de salud reproductiva pero desagregada en distintos programas de acción. En la implementación de la política pública de salud reproductiva instaurada en México a partir de la década de los noventa y hasta su actual administración en el sexenio 2000-2006, se han verificado áreas prioritarias que, de acuerdo con la experiencia recabada, aún no han sido salvadas por su dificultad y problemática para completar y atender todos y cada uno de los postulados del concepto de salud reproductiva:

- propiciar conductas reproductivas adecuadas para la salud, que posterguen la edad al inicio de la maternidad, aumenten el espaciamiento entre los embarazos y reduzcan el tamaño de la descendencia final;
  - reducir la demanda insatisfecha de anticonceptivos tanto en el medio rural como en el urbano;
  - ampliar el acceso oportuno a los servicios de salud materna e infantil;
  - promover el uso de servicios de detección oportuna del cáncer cérvico uterino.
- Los daños a la salud reproductiva no sólo son expresión de falta de libertad para ejercer derechos humanos fundamentales, sino que sus efectos tienden a hacer sincronía y a mantener atrapados a quienes los sufren en condiciones de pobreza y marginación.<sup>349</sup>

Evidentemente se reconoce que la política de salud reproductiva debe incrementar la difusión de los medios para que la población adolescente deje de tener un índice alto de embarazos no deseados; esto conlleva disminuir la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos tanto en el medio urbano y sobre todo, en el rural a través de la incorporación de más centros de atención de salud materno-infantil. Dentro de este contexto de déficit de atención, no se cumple el componente de acceso universal a los servicios de planificación familiar, de disponibilidad ni de consentimiento informado, lo que establece un incumplimiento de los compromisos adquiridos por el gobierno mexicano en este rubro.

---

<sup>349</sup> Consejo Nacional de Población, **Situación... 2002**. México, 2002. p.57

Aunado al anterior esquema para identificar las debilidades en atención reproductiva, el CONAPO estableció una manera de medida de rezago en salud reproductiva que se dividen en ocho dimensiones:

1. *trayectorias reproductivas riesgosas para la salud. Existe amplia evidencia de que ciertos comportamientos reproductivos elevan los riesgos a la salud de madres e hijos. Los alumbramientos a edades precoces (de mujeres menores de 20 años), demasiado próximos entre sí (con intervalos intergenésicos menores de 18 meses), numerosos (más de cuatro embarazos) o tardíos (de madres mayores de 35 años) incrementan los riesgos de morbimortalidad perinatal y materna. Por ejemplo, los embarazos a edades tardías incrementan la incidencia de toxemias grávidas, adherencias anormales de la placenta y distocias. Por su parte, la multigravidez condiciona a la mujer a un mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas en la segunda mitad del embarazo y del parto; y los intervalos intergenésicos cortos se asocian con bajo peso al nacer y prematuridad, así como con un incremento de la mortalidad neonatal y posneonatal. Los patrones reproductivos riesgosos son mucho más frecuentes entre la población que se encuentra en condiciones de pobreza y marginación, que entre las capas de la sociedad más favorecidas del desarrollo del país.*

2. *preferencias reproductivas no satisfechas. Gozar de un buen estado de salud reproductiva está también asociado a la posibilidad que tienen las personas para satisfacer sus preferencias en este ámbito. Con frecuencia los individuos se enfrentan a barreras de diversa índole que impiden que estas preferencias se cristalicen. La ocurrencia de embarazos no planeados y un tamaño de la descendencia mayor o menor que el deseado, son manifestaciones de preferencias reproductivas no satisfechas, y pueden tener profundas implicaciones en la vida de los individuos. Las preferencias y expectativas individuales en relación con la maternidad y la paternidad, también forman parte del proyecto de vida que las personas tienen razones para valorar. Estos espacios en los que se les asiste el derecho a estar*

*informados sobre las posibilidades que tienen, ya sea para tener hijos, en caso de esterilidad o infertilidad, o para limitar o espaciar sus nacimientos, y a tener acceso a servicios de calidad donde reciban la ayuda y los medios necesarios para satisfacer sus necesidades en este ámbito. Por tanto, las preferencias reproductivas no satisfechas lastiman la dignidad de las personas, obstaculizan la realización de su proyecto de vida e, incluso, pueden afectar su salud.*

*3. Daños a la salud materna. El concepto de salud materna engloba la morbilidad y mortalidad asociadas al embarazo, parto y puerperio. Según algunas investigaciones realizadas en América Latina, las muertes maternas se concentran en mujeres que adolecen de información, con un limitado poder para decidir, movilizarse y acceder a recursos materiales, así como para hacer respetar sus derechos como usuarias de los servicios de salud. Las mujeres que mueren a consecuencia de estas complicaciones son generalmente jóvenes, madres de niños pequeños y en la gran mayoría de esos casos las defunciones podrían evitarse.*

*4. embarazo y parto sin atención médica. Relacionada con la dimensión anterior, la atención durante el embarazo, parto y puerperio representa una práctica crucial con efectos positivos potenciales en la salud de la madre y del hijo. La atención prenatal de calidad constituye el espacio idóneo para detectar oportunamente patologías y condiciones que puedan comprometer la salud de la madre y de su descendencia. Asimismo, la adecuada atención del parto y del puerperio contribuye a disminuir los riesgos de complicaciones que pueden dejar graves secuelas en la madre y el niño.*

*5. morbilidad y mortalidad infantil. La morbilidad y mortalidad infantil se relacionan con diversas condiciones económicas, sociales, culturales y de salud que impiden a las parejas tener y criar hijos saludables, y suponen violaciones a sus derechos humanos. Esta dimensión se aproxima al estado*

*de salud reproductiva de las mujeres desde el punto de vista de su derecho a tener y criar hijos saludables.*

6. *daños a la salud asociados con los procesos sexuales y reproductivos del periodo fértil. En los últimos años, se ha demostrado la relación que existe entre el cáncer de cuello uterino (CACU) con el virus del papiloma humano, por lo que se asocia con las patologías causadas por infecciones de transmisión sexual (ITS). A pesar de ser prevenible y curable si se descubre en estadios tempranos de la enfermedad, en México esta patología provoca un número considerable de defunciones. Algunos estudios muestran que la mayoría de las mujeres que mueren por CACU son de nivel socioeconómico bajo y tienen acceso limitado a atención ginecológica apropiada, así como a información calificada sobre factores de riesgo e identificación y tratamiento temprano de lesiones cervicales.*

7. *actividad sexual bajo riesgo. Tiene lugar cuando el ejercicio de la sexualidad encierra riesgos de enfermedad, daño físico o embarazo no planeado y refleja diversos 'fallos' en relación con los servicios de salud reproductiva y en los procesos de educación e información. Un ejemplo claro es el contagio con infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Las mujeres, como resultado de la anatomía del aparato genital, sufren con mayor intensidad de las ITS y con frecuencia éstas son asintomáticas para ellas, por lo que pasan inadvertidas y, en consecuencia, no se detectan y tratan oportunamente. Las ITS tienen importantes secuelas sobre la salud de la mujer tales como la enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad, embarazos ectópicos y cáncer cérvico-uterino, entre otros, y afectan la calidad de la vida sexual.*

8. *sexualidad no placentera. El ser víctima de la violencia, coacción o cualquier tipo de presión en el ejercicio de la sexualidad es un factor de riesgo debido a una variedad de resultados perjudiciales para la salud. Además de causar lesiones físicas inmediatas y efectos psicológicos negativos, la*

*violencia también contribuye a aumentar el riesgo de la mujer de tener mala salud en el futuro. Una amplia gama de estudios muestra que las mujeres que han experimentado abuso físico o sexual, sea en la niñez o en la vida adulta, corren un riesgo mayor de desarrollar problemas de salud subsiguientes, como lesiones, síndromes de dolor crónico, trastornos gastrointestinales, y problemas de salud mental.* <sup>350</sup>

El anterior esquema que identifica el CONAPO como las dimensiones en las cuáles existen rezagos en la atención a la población, pueden considerarse como algunos de los componentes de la salud reproductiva que aún no se consolidan, por lo que las metas de otorgar el acceso universal a los servicios de salud en materia reproductiva no se han cumplido completamente lo que establecería que la hipótesis de este trabajo de que la *política pública de salud reproductiva no cumple con los postulados del concepto de salud reproductiva*, es verídica. Sin embargo, tal y como hemos realizado la acotación, no existe una sola política pública de salud reproductiva sino diferentes programas de acción que aluden a un esquema reconocido denominado Salud Reproductiva y en esa medida y con ese esquema, es posible reconocer que en la praxis sí se diseñó y se implementa un curso de acción ó política pública que atiende la salud reproductiva de la población, que de acuerdo a las descritas trayectorias, no se han cumplido todos o de manera completa los postulados emanados de la plataforma de acción internacional sobre las metas en Salud Reproductiva. Sin embargo la lectura a este tipo de esquemas de análisis de rezago, es que existe una trayectoria de investigación y servicios que muestran las características por atender, comprobando la experiencia registrada del desarrollo y aplicación de la política de salud reproductiva, como nuevo eje de la planificación familiar, la atención materno-infantil y derechos sexuales y reproductivos, y a pesar de que no existe un único programa de acción denominado salud reproductiva, en realidad si existe una política pública dividida en diferentes programas. Actualmente las diferentes políticas de atención en salud presentan distintas dimensiones que se relacionan directamente con la sexualidad y la reproducción; ya no se trata de establecer metas de dotación de anticonceptivos ó de atender problemas en el embarazo sin reparar en las principales causas; por el contrario las políticas se elaboran y se implementan con base en la incorporación del respeto y promoción de los derechos humanos dentro del campo del comportamiento reproductivo.

---

<sup>350</sup> *Ibidem*, p.p.51-53

Entonces los diferentes programas de acción son resultado de un cambio en la visión del tema reproductivo que se originó una vez que se formalizó el concepto holístico de Salud Reproductiva acuñado en los noventa a partir de que 189 países, entre ellos México, firmaron el compromiso de incluir estos componentes dentro de sus actividades de desarrollo en salud y de política de población. A pesar de que el gobierno mexicano adquirió los compromisos de El Cairo 1994 para la incorporación de la salud reproductiva para el mejoramiento de las condiciones de la salud de la mujer con una visión más humanista, resulta que los esquemas de atención de salud por parte de las instituciones de salud siguen siendo un prototipo de práctica médica y "sin que establezcan vínculos explícitos con instituciones de educación formal, de trabajo, de desarrollo social, y otras que podrían influir en las condiciones que actualmente se demandan para el ejercicio de los derechos reproductivos."<sup>351</sup> Para considerar a la salud reproductiva como una política que contenga los fundamentos de derecho, acceso, libertad de elección, consentimiento informado y atención especializada, se necesita que se vayan desprendiendo las tendencias estandarizadas de los esquemas de atención en planificación familiar, como parte de un plan de trabajo que exclusivamente busca bajar los índices de natalidad. Al respecto "son las instituciones de salud las que pretenden establecer el deber ser en las temáticas ligadas con la reproducción, y paralelamente, con la sexualidad."<sup>352</sup> No se pretende establecer que anteriormente a la década de los noventa, era inexistente alguna política que atendiera la salud de las mujeres embarazadas o que no existía difusión en prevenir enfermedades de transmisión sexual; o que no se iniciaran programas de planificación familiar que tocaran el aspecto de atención humanizada a las mujeres. Lo que se pretende demostrar es que es evidente toda esta nueva visión de entender las políticas públicas elaboradas con incorporaciones que aluden a la libertad y al derecho de las personas a gozar de diferentes estratos de calidad dentro de sus vida sexual y reproductiva; por lo tanto sí existe tal transición de servicios tradicionales a otro tipo de servicios que detallan más aspectos que atender en salud reproductiva. Sin embargo tanto las instituciones demográficas como de salud, han asumido el protagonismo en el diseño e implementación de las políticas en materia reproductiva, y al mismo tiempo han influido en la definición de lo que representan los valores sexuales y reproductivos, así como en su modificación con fines de alcanzar metas institucionales. A su vez son las instituciones demográficas las que han prevalecido sus estándares en vistas al compromiso público de atender el equilibrio social a partir del control demográfico, por sobre las instituciones de salud, lo que ha dejado de lado históricamente el papel del derecho individual de libertades; lo que

---

<sup>351</sup> Juan Guillermo Figueroa. op. cit. p.18

<sup>352</sup> *Ibidem*, p.34

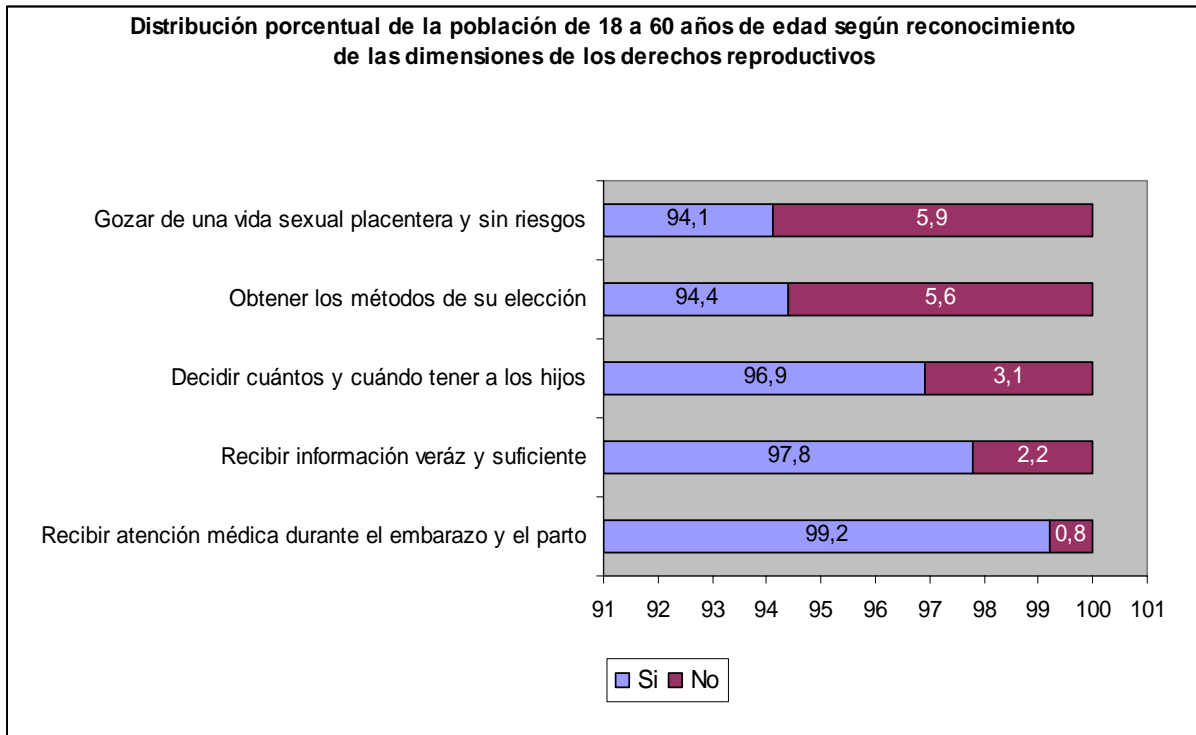
pretende la salud reproductiva es precisamente asumir ese derecho de cada individuo sobre las tendencias institucionales. Existen grandes dificultades que no han permitido involucrar de forma integral los contenidos de la salud reproductiva en las labores de planificación familiar y salud de la mujer, pues como lo evidencia un estudio de la Secretaría de Salud y del Population Council se ha encontrado que en el aspecto normativo, sólo la mitad de los prestadores de servicio conocía los lineamientos que regulan la planificación familiar en los centros de salud; sólo una tercera parte comprendía cabalmente el término salud reproductiva y otra tercera parte lo entendía como sinónimo de planificación familiar; algo similar ocurría con las mujeres usuarias, pues sólo "22 por ciento había oído el término alguna vez y sólo cuatro por ciento lo entendía correctamente".<sup>353</sup> Una propuesta para acelerar la inducción de la salud reproductiva tiene que ver con mejorar la calidad de los servicios a partir de las necesidades de los usuarios, a partir de encontrar un mecanismo y criterios de evaluación de la labor de las instituciones con base en la libertad de elegir el proceso reproductivo de la población, es decir, garantizando su derecho a su autodeterminación. De acuerdo con algunos estudios, se estima que si se cuenta con una calidad de la información que ofrece el prestador del servicios, con la característica de que sea comprensible, y " el componente de elección, no como número de métodos ofrecidos, sino como proceso de decisión de la población, a partir de opciones reales - y no de información simplemente como depósito de datos y referencias sin sentido -, son dos de los varios componentes que facilitarían que la interacción entre las instituciones de salud y la población favoreciera el ejercicio de derechos reproductivos.<sup>354</sup> Además de la difusión y educación en salud reproductiva, un aspecto que deben considerar las instancias públicas, y en general en toda relación de servicio de salud, es el perfil de la relación entre la autonomía personal y el alcance de la recomendación médica, que ofrezca una atención más humanizada y relacionada a un enfoque de respeto a las características culturales y personales de los usuarios, en particular a los asuntos de su vida sexual y reproductiva. Un primer avance sería erradicar la coacción, manipulación de la información y de los tratamientos médicos en pro de dirigir la elección solo a ciertos métodos anticonceptivos. No solo es incluir los compromisos adquiridos en salud reproductiva para los programas, sino debe encontrarse una dimensión que trascienda la cuestión normativa y administrativa; de acuerdo con las investigaciones, un camino es "socializar este conocimiento entre los prestadores de servicios de salud, la población y los definidores de políticas públicas, con el propósito de dimensionar la complejidad de las relaciones y por otra, de

---

<sup>353</sup> Yolanda Palma Cabrera y José Luis Palma Cabrera. op. cit., p.p. 84-96

<sup>354</sup> Juan Guillermo Figueroa, op. cit. ,p.p. 9-51

delimitar el discurso que han venido transmitiendo a lo largo de los últimos veinte años y el cual ha sufrido modificaciones en los documentos, pero que no se ha documentado la forma en que se ha diversificado entre los involucrados como actores sociales relevantes en dichos programas".<sup>355</sup>



Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en la Encuesta Telefónica sobre Derechos Reproductivos, 2003

Para la implementación de una política con los elementos que integran el goce de la salud reproductiva, deben integrarse los instrumentos para ofrecer a la población el acceso a los servicios médicos, a la información sexual, a los métodos anticonceptivos y a la práctica del aborto. Para ello deben garantizarse que los servicios de salud mantengan su característica de accesibilidad económica y de calidad, para todo lo relacionado a la etapa de anticoncepción, prenatalidad y de disminución de la mortalidad infantil y materna. Esto significa que no solo se deben incluir en los documentos oficiales las pautas de los derechos reproductivos para que sean ejercidos por los usuarios, sino que también su acceso debe ser garantizado, sobre todo a sectores de la población marginada y con bajos recursos para adquirirlos; por ello los gobiernos deben seguir ofreciendo estos servicios a la población derechohabiente o no derechohabiente.

<sup>355</sup> Idem



La efectividad de los servicios y la incorporación de los fundamentos de la salud reproductiva en la actividad de las instituciones de salud destinadas para tal fin, deben ser evaluados con un instrumento que no solo verifique el descenso de los niveles de fecundidad o de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, sino uno que verifique el perfil de los prestadores de servicios que por inercia, han sido adiestrados con base en el enfoque demográfico.

### 8.2.2. Orientación-Consejería en Salud Reproductiva

Como parte de los mecanismos que se han incorporado a lo largo de los dos últimos sexenios para considerar la atención de la salud de la mujer dentro del concepto amplio de la salud reproductiva, es importante el énfasis que se ha realizado en el contexto de la orientación y consejería hacia la mujer para recomendar el uso de anticonceptivos que sean adecuados acorde a sus características fisiológicas, por lo que resulta importante la definición que se haga acerca de los procedimientos de atención de las instancias de salud hacia las usuarias; en este sentido la Secretaría de Salud ha definido, dentro de la implementación de la política de salud reproductiva, las siguientes consideraciones:

- Atender, informar y escuchar al usuario con interés y amabilidad, creando un ambiente de confianza
- Informar sobre las diversas opciones de métodos anticonceptivos disponibles, señalando sus características, efectividad y beneficios
- Valorar las expectativas y preferencias de los y las usuarias en función de su etapa reproductiva y sus condiciones individuales de salud
- Una vez tomada la decisión de adopción de un método anticonceptivo, deberá asegurarse la comprensión sobre el uso adecuado del mismo e información sobre las visitas subsecuentes a la unidad de servicios.<sup>356</sup>

---

<sup>356</sup> Secretaría de Salud. **El derecho a la libre decisión en salud reproductiva**. Dirección General de Salud Reproductiva. México, 2002. p.52

### 8.2.3. Consentimiento informado en Salud Reproductiva

Respecto al asunto de la información que se le debe brindar a la usuaria o usuario, las instituciones de salud especifican que debe ser oportuna y detallada, con el fin de que no solo sea efectivo sino para saber sobre la posibilidad de efectos secundarios negativos para el organismo. El papel de la información se debe complementar con la comprensión de los tipos, viabilidad y seguridad de los métodos anticonceptivos que elija, y en cargado de hacerlo comprensible queda en la función del prestador del servicio. Existe la figura de Constancia en el expediente clínico en la cual:

el prestador de servicios deberá dejar constancia en el expediente clínico o tarjeta de servicios del consentimiento de la usuaria (o), señalando que este fue precedido de orientación-consejería. En el caso de adopción de un método anticonceptivo permanente, el formato de consentimiento deberá estar debidamente firmado o con la impresión dactilar de la o el usuario y formará parte del expediente clínico.<sup>357</sup>

Otra de las vertientes de la planificación familiar y salud reproductiva es el derecho a hacer valer la discontinuidad o cambio en el uso de algún método anticonceptivo; tomando en cuenta que no en todos los casos son compatibles con el cambio hormonal de las mujeres, afectando su estado físico. Por ello la Secretaría de Salud ha hecho prioritario la discontinuidad, cuando así lo desee la usuaria y no le sea impuesto. "En estos casos, el prestador de servicios deberá reforzar la orientación-consejería para asegurar la decisión voluntaria de las usuarias (os)."<sup>358</sup> Una vez que se entrega toda la información y el mejor método acorde con cada usuaria, las instituciones de salud deben garantizar la disponibilidad de insumos anticonceptivos, de manera que sean accesibles en tiempo y lugar para un adecuado seguimiento y control de anticonceptivo. Por lo que "el propósito fundamental del consentimiento informado, es garantizar en toda la población usuaria el ejercicio de su derecho a la libre decisión, de forma escrita a través de los formatos que consignan el consentimiento informado 'hoja de autorización voluntaria de anticoncepción quirúrgica femenina y masculina'".<sup>359</sup>

---

<sup>357</sup> *ibid*, p.52-54

<sup>358</sup> *ibid* p.52

<sup>359</sup> *Ibid.*, p.54

Sin embargo se han detectado una serie de quejas sobre la presunta violación del consentimiento informado, que aunque según los datos, son mínimas posiblemente sea mayor por la particularidad de denunciar este tipo de faltas por parte de los o las usuarias. De 1996 a 2003 se han recibido 36 quejas en las comisiones de derechos humanos, nacional y a nivel estatal y en la CONAMED.

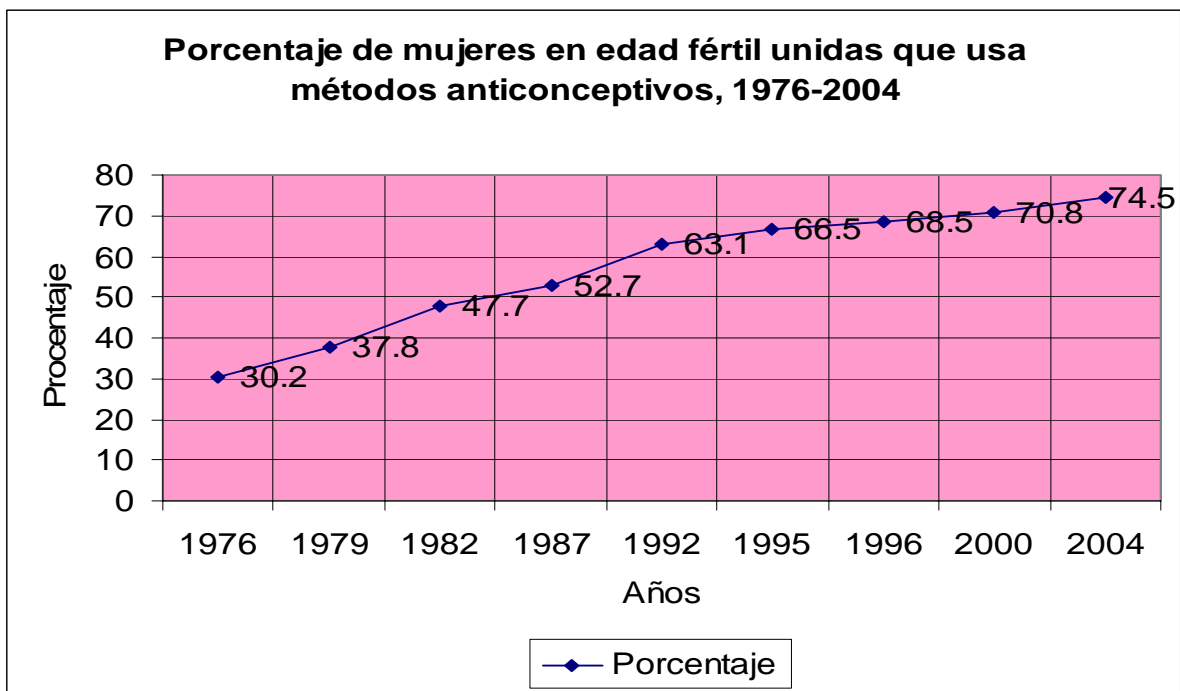
#### 8.2.4. Sobre la Anticoncepción

La utilización de los métodos anticonceptivos son los instrumentos que permiten acceder al manejo controlado de la reproducción, de esta manera los índices de su uso son una herramienta para medir los resultados de la política de salud reproductiva; así encontramos que en el año 2003 la prevalencia de anticonceptivos, de acuerdo con los datos oficiales ascendió a 74.5 por ciento del total de las mujeres unidas en edad fértil pero con grandes contrastes al interior del país. Mientras el uso de anticonceptivos en el área urbana fue de 77.6 por ciento, en las áreas rurales sólo alcanzó 65.2 por ciento,<sup>360</sup> lo que de suyo demuestra un avance en la dotación de métodos. Es de toda relevancia reconocer el enorme avance en el descenso de los niveles de fecundidad a través de una seria promoción y dotación de métodos anticonceptivos, particularmente desde la década de los años setenta que coincide con la puesta en marcha de los primeros trabajos oficiales en planificación familiar; sin embargo los resultados con relación a la perspectiva de salud reproductiva son menores cuando siguen existiendo tendencias impositivas y falta de información hacia el público usuario sobre cual es el mejor de acuerdo a las características fisiológicas de cada usuaria. Por lo que se puede advertir que aunque seguirá siendo importante la adecuada distribución de anticonceptivos, la política de salud reproductiva debe incluir adecuaciones en su diseño para eliminar la discriminación, desorientación, imposición así como la demanda insatisfecha. Entre 1994 y 1998 se incrementó la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de un 65 por ciento en 1994, a un 68.7 por ciento en 1998, razón por lo cual la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar disminuyó. Por otra parte la demanda de métodos anticonceptivos aumentó de 77.8 por ciento en 1987 a 80.6 por ciento en 1997 entre las mujeres unidas en edad fértil. De estos totales, la demanda efectiva representó 52.7 y 68.5 por ciento, y la demanda insatisfecha 25.1 y 12.1 por ciento en esos años, respectivamente.

---

<sup>360</sup> Presidencia de la República. **Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005**. p.31

Así como se torna imprescindible eliminar cualquier resquicio de imposición, la política de salud reproductiva debe realizar ajustes para incorporar un cuadro más amplio de anticonceptivos de tal manera que se pueda cumplir con el punto que refiere a ofrecer la más amplia gama de métodos a toda persona sin importar su situación o condición social, cultural o económica. En la actualidad los anticonceptivos más usados son: la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y el Dispositivo Intrauterino (DIU); además son los que tienen mayor efectividad y tasa de continuidad. Existe un 12.3% de personas que prefieren los métodos tradicionales, lo que indica la diversidad de formas que existen para decidir sobre la sexualidad y reproducción en la población." <sup>361</sup> Los últimos avances tecnológicos ofrecen nuevas alternativas de anticonceptivos que al mismo tiempo de que evitan embarazos, también harán lo mismo respecto a enfermedades como el SIDA y otras ITS; un ejemplo son los microbicidas vaginales, en forma de geles, cremas, supositorios, películas, esponjas y anillos vaginales. Próximamente será común la utilización del condón femenino, ya que puede ser controlado exclusivamente por la mujer además de que no necesita receta ni ayuda médica.



Fuente: Consejo Nacional de Población. Situación actual de la mujer en México. Diagnóstico sociodemográfico.

<sup>361</sup> Secretaría de Salud. **El Derecho a la libre decisión en salud reproductiva**. Dirección General de Salud Reproductiva. México, 2002. p.13

Un indicador del avance en la provisión de los anticonceptivos es la demanda en zonas rurales, que por sus características socioculturales, son más propensas a la negativa de su uso. Al respecto los datos oficiales muestran que en el año de 1969, solo un 44 por ciento de esas mujeres conocía al menos un método anticonceptivo; ya en 1976 el porcentaje se incrementó a un 80 por ciento y se incrementó a más del ochenta por ciento entre 1987 y 1992, lo que redujo la brecha del campo y la ciudad. “En la ámbito nacional, el conocimiento de al menos un método anticonceptivo por parte de las mujeres en edad fértil pasó de 89 por ciento en 1976 a 94.9 por ciento en 1992, y ascendió a 96.6 por ciento en 1997.”<sup>362</sup> Uno de los factores que determinan que el derecho de la mujer a la autodeterminación reproductiva sea violado, surge cuando se imponen los métodos de control de la fertilidad sin su consentimiento informado. A pesar de que las estadísticas presentan una ampliación en el uso de los anticonceptivos en todos los estratos de la sociedad, no se debe perder de vista, por parte de las políticas de salud reproductiva, que el acceso y la información de los servicios de planificación familiar no se suministra de manera homogénea en todas las regiones del país. Pues como derecho reproductivo, las instituciones encargadas de su atención y cuidado deben proporcionarlo a todos los grupos de la sociedad, sin que sea percibido como una meta demográfica sino con el fin de atender y prevenir la salud materno-infantil. Ejemplo de los anterior es la alta utilización de la oclusión tubaria, ya “ha sido motivo de preocupación porque implica una decisión definitiva que puede entrar en conflicto con cambios posteriores en el ciclo de vida de una mujer o de una pareja”.<sup>363</sup> Para continuar con la demanda de anticonceptivos y que su uso represente un cambio de actitud a favor de la libertad individual de las mujeres y sean capaces de desarrollarse frente a las inequidades de género, el Estado debe seguir garantizando el acceso y ampliando la gama de métodos anticonceptivos. Paralelamente se seguirá proporcionando servicios de planificación familiar y estos deberán realizarse sin distinción de estrato social, estado civil y edad. No solo el gobierno debe garantizar la oferta de anticonceptivos sino al mismo tiempo debe crear instrumentos que evalúen su calidad y sean proporcionados bajo las bases de eficacia, seguridad y consentimiento informado; además de los instrumentos de rendición de cuentas a los que se deben remitir las instituciones de salud, el papel de las ONG es importante para la promoción del uso de los anticonceptivos y además de asegurar el acceso a información precisa. Como resultado de la amplia labor de organismos internacionales y del mismo gobierno mexicano por actualizar el marco legal y administrativo de la salud reproductiva y como muestra del cambio institucional en este campo que incide en la salud de las mujeres, en 2004 se publicó la actualización de la Norma Oficial

---

<sup>362</sup> Consejo Nacional de Población. **Cuadernos...** 2000.p.41

<sup>363</sup> Yolanda Palma y Gabriela Rivera, ob. cit., p.p. 153-177

Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar. “La norma, basada en fundamentos científicos y en las mejores prácticas internacionales, refuerza el enfoque de derechos y de respeto a la libre decisión sobre los métodos anticonceptivos, desde los tradicionales hasta las opciones anticonceptivas de punta: la anticoncepción hormonal oral o de emergencia, el condón femenino y el implante subdérmico de una sola varilla.”<sup>364</sup> En el año de 2003 se efectuó la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR 2003), en la que se visitaron 20455 viviendas y 21230 hogares, con una tasa de no respuesta de 6.6 por ciento y 19635 cuestionarios de hogar completos; cuyos principales resultados se presentaron a finales de 2004 y en ella se documenta la introducción de un método anticonceptivo denominado implante subdérmico destinado a 14 entidades federativas que aún no contaban con este método. En este sentido se reporta a fin de año 10,888 usuarios activos de este nuevo método. Asimismo se revisó y verificó el uso de anticonceptivos con una prevalencia de métodos entre las mujeres en edad fértil unidas (74.5), con una reducción en la brecha urbano-rural (77.6 versus 65.1) y una disminución en la necesidad no satisfecha (9.) en comparación con encuestas anteriores. Persiste, sin embargo, un bajo uso de métodos en el grupo de edad de 15 a 19 años (45%) y en mujeres sin escolaridad (58%). El índice de desempeño del Programa de Salud Reproductiva se incrementó en casi tres puntos porcentuales a nivel nacional con respecto a 2003.<sup>365</sup> Para el 2004 se llegó al 73.2 por ciento de parejas unidas en edad fértil que recurren a métodos para postergar el primer embarazo, espaciar los nacimientos o limitar el tamaño de la descendencia, “lo que significa un incremento de casi tres puntos porcentuales, respecto al nivel registrado en 2000”.<sup>366</sup>

#### 8.2.5. Sobre el Aborto

Siguen siendo altas las estadísticas en la práctica del aborto pues entre 1995 y 2000 se practicaron 3 millones 592 mil 693 abortos y las muertes relacionadas con estas interrupciones del embarazo ascendieron en el mismo periodo a 2 mil 827. (Global Health Council) En el caso de México la práctica del aborto tiene restricciones legales, además de que culturalmente es visto como un acto caracterizado por un alto contenido moralista y negativo. Sin embargo se deja de lado el aspecto personal e individual de la decisión de la mujer por ser parte de su propio cuerpo, lo que

---

<sup>364</sup> Informe. **Salud. México 2004**. Secretaría de Salud. 2004. p.104

<sup>365</sup> Idem

<sup>366</sup> Presidencia de la República. **Cuarto Informe de Ejecución 2004 del Plan Nacional de Desarrollo**. México, 2004

viola flagrantemente los compromisos adquiridos en El Cairo respecto a la autodeterminación de la mujer sobre sus sexualidad y su cuerpo y sobre las garantías que deben prevalecer para una adecuada atención médica en estos casos. Al respecto el Estado debe garantizar esta decisión pues se está infligiendo un derecho humano, desde el punto de vista que la actual salud reproductiva no reconoce ni atiende los casos de aborto inducido. El derecho al aborto se basa en una autonomía en decisiones que son parte de la vida reproductiva de la mujer, por lo que debe quedar fuera de discriminaciones y leyes restrictivas.

El aborto no punible, de acuerdo a los 32 códigos penales, se establece cuando:

- 1 el embarazo es producto del delito de violación
- 2 cuando la pérdida del producto resulta de una acción culposa de la mujer embarazada (28 códigos lo establecen)
- 3 cuando la continuación del embarazo significa un peligro de muerte para la mujer (27 códigos lo establecen)
- 4 cuando el producto de la concepción presenta trastornos genéticos o congénitos graves (13 códigos)
- 5 cuando el embarazo es resultado del delito de inseminación artificial no consentida (8 códigos)
- 6 cuando la continuación del embarazo afecta gravemente la salud de la mujer (9 códigos)
- 7 cuando la mujeres madre de por lo menos tres vástagos y no puede sostener otro más (un solo código) <sup>367</sup>

Entre las complicaciones producidas por un aborto mal practicado se encuentran: aborto incompleto, infección, hemorragia y daño a órganos internos. Cuando ocurren, los resultados son la muerte de la mujer, o según sea el caso, la infertilidad irreversible. Aunque el tema del aborto fue incluido en las dos conferencias de las Naciones Unidas de 1994 y de 1995 y en su evaluación cinco años después donde se indicó que "en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras

---

<sup>367</sup> Consejo Nacional de Población. Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo. p.230

medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible. Se debe tomar medidas adicionales para salvaguardar la salud de la mujer”; para el caso de México, sigue siendo considerado como ilegal a nivel federal. Mención aparte es la relativa a la discusión de incluir la pastilla del “día después”, que permite prevenir embarazos cuando existen relaciones sexuales de alto riesgo, dentro del cuadro de medicamentos básicos; incluso fue cuestionada por un representante del propio ejecutivo federal, de corte eminentemente conservador, por considerarla como una variante de aborto; sin embargo, la pastilla anticonceptiva fue finalmente incluida. El aborto en condiciones de seguridad debe ser legalizado, pues en condiciones contrarias se ha demostrado que resultan de alto riesgo para la salud de las mujeres que lo practican, y como un derecho a la vida, se encuentra protegido en la mayoría de los principales instrumentos de derechos humanos, incluidos la Declaración Universal y el Pacto de Derechos Civiles y Políticos. La Organización de las Naciones Unidas realiza una serie de recomendaciones donde las leyes son restrictivas en el caso del aborto, en su documento anual del estado de la población en el mundo y las más destacadas para el caso del gobierno mexicano son:

- Los Estados deben promulgar leyes que permitan el aborto sin restricciones causales o en términos amplios
- Los Estados tienen que garantizar que existan servicios de aborto seguros y de alta calidad para satisfacer las necesidades de las mujeres que cumplen con los requisitos para tener acceso a un aborto de acuerdo con los límites restringidos reconocidos por la ley
- Los funcionarios que tienen a su cargo la ejecución de la ley deben emitir pautas para las fiscalías que reflejan la interpretación más liberal posible de las leyes penales pertinentes al aborto
- Las ONG tiene que establecer coaliciones con grupos legales y médicos para llevar a cabo campañas de promoción y defensa efectivas de liberalización de las leyes de aborto
- Las asociaciones de planificación familiar y otros proveedores de atención a la salud reproductiva deben ofrecer servicios de aborto en toda la gama de las posibilidades permitidas por la ley



- Los grupos de promoción y defensa de los derechos debe investigar los efectos del aborto en condiciones de riesgo en la mayor medida posible y difundir sus resultados tanto a los encargados de elaborar las políticas como al público en general
- Los donantes internacionales deben apoyar el trabajo de las ONG dedicadas a la promoción de reformas legales y políticas dirigidas a incrementar el acceso a servicios de aborto seguros y legales

#### 8.2.6. Sobre el VIH/SIDA

El asunto del VIH, además de la importancia de destinar recursos públicos para investigación y de provisión de antirretrovirales, se debe poner énfasis en la prevención, pues como infección mortal deben ofrecerse todos los medios para su evitar su contagio, que en la mayoría de las veces se debe a relaciones sexuales riesgosas, es decir, sin protección. De esta manera se deben incluir en las leyes y en la políticas de salud reproductiva los elementos para combatir prácticas que contribuyen a la propensión de las mujeres a la infección del VIH y de otras Infecciones de Transmisión Sexual; en este sentido deben promocionarse los derechos de las mujeres frente al abuso de que son víctimas por parte del varón. A la par debe seguirse fomentando la colaboración con las ONG para trabajar en metas de educación y difusión con el objetivo de informar sobre los riesgos del VIH/SIDA y las medidas que se pueden tomar para evitar la infección. Se deben proporcionar los instrumentos de política pública para que los programas de salud reproductiva y de planificación familiar, sean capaces de realizar diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA con carácter de confidencialidad; sin dejar de lado la promoción y distribución de condones de alta calidad. Al respecto el Estado debe incluir dentro de la elaboración de las políticas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, la perspectiva de género pues la mayoría de los casos de contagio se debe al papel subordinado de las mujeres en la sociedad. La Plataforma de Beijing reconoce que la subordinación social de las mujeres y las relaciones de poder desiguales con los hombres son determinantes clave de su vulnerabilidad al VIH/SIDA. En 1995 se publicó la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y capacitó a personal de salud de todos los estados del país con el objeto de difundir y promover la adecuada aplicación de la Norma en todos los sectores

involucrados.<sup>368</sup> Respecto a los trabajos del gobierno federal en atención a la pandemia del SIDA, se detecta un mejoramiento de la figura legal y administrativa encargada de administrar la política de combate al SIDA ya que en el año 2001 se reformó el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CONASIDA), quien es la instancia coordinadora de analizar el comportamiento de la epidemia y las políticas de salud para contenerla. “En el año 2000 se expidió la modificación a la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, y en septiembre del 2003 la de prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual. Asimismo, se cuenta con la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.”<sup>369</sup> De acuerdo con las estimaciones oficiales, el Programa VIH/SIDA e ITS ha presentado avances en el acceso universal a tratamiento antirretroviral, así como su labor de prevención en el aspecto sexual y perinatal. Sin embargo reconoce algunos factores en los que se deben poner mayor énfasis: 1) falta de recursos humanos; 2) presupuesto reducido, que se traduce en insumos insuficientes, y 3) insuficientes recursos dirigidos a la prevención.<sup>370</sup> Los grados de marginación, dificultad de acceso a zonas geográficas restringidas, escaso apoyo institucional, son otros factores que impiden un adecuado desempeño de la búsqueda de los objetivos de la práctica de la salud reproductiva, respecto al SIDA. Por lo tanto con estas vicisitudes no se está cumpliendo de manera integral con otro más de los componentes de la salud reproductiva, por lo que la actual política solo cumple con determinadas expectativas inscritas dentro de su programa de acción. El apoyo de las ONG's para que las mujeres ejerzan sus derechos reproductivos destaca en la actividad de promoción, difusión y colaboración con las políticas y programas en salud reproductiva en vistas a prevención y control del VIH/SIDA y de otras infecciones de transmisión sexual, particularmente en mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad y de discriminación frente a sus parejas. En 2002 se estableció un proyecto con la finalidad de realizar trabajos de prevención entre el Gobierno Federal y el Banco Mundial con un préstamo de 350 millones de dólares destinados al monitoreo de actividades de prevención estatales y a programas locales de prevención diseñados por la Secretaría de Salud y algunas organizaciones civiles.

---

<sup>368</sup> Informe Institucional sobre el Módulo III La mujer y la Salud” (SSA/DGSR) y Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe México 1999 (CONAPO)

<sup>369</sup> Presidencia de la República. **Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005**. p.35

<sup>370</sup> Informe. **Salud. México 2004**. Secretaría de Salud. 2004. p.100

En el año de 2004 se realizaron 6.1 millones de citologías; el aumento en la cobertura se ha evidenciado gracias al levantamiento de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR 2003), ya que sus resultados indican que "72.6% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad referían haberse tomado por lo menos un Papanicolau en la vida, 73.4% en zonas urbanas y 70% en zona rural." <sup>371</sup> La Secretaría de Salud en coordinación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, realizó la compra de condones tanto masculinos como femeninos y con algunas secretarías estatales de salud, con la finalidad de disminuir el precio de compra para facilitar la dotación hacia los usuarios. Además se ha incrementado la dotación y difusión de preservativos, según se aprecia en el año de 2004 "se distribuyeron 78 millones de condones a organizaciones civiles y centros educativos, entre otros, para promover el uso correcto del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad".

#### 8.2.7. Sobre los adolescentes

Se ha señalado que los riesgos a la salud de las adolescentes embarazadas se incrementan por sus características biológicas; al respecto se han descuidado las necesidades de salud reproductiva de este grupo por parte de los programas de gobierno a nivel mundial; sin embargo el discurso de la salud reproductiva reconoce que los y las adolescentes tienen el derecho a ser atendidos en este rubro, particularmente tratándose de los medios para evitar contagios de enfermedades de transmisión sexual, prevenir embarazos y evitar las complicaciones durante el embarazo. La Convención del Niño de 1990 es la primera fuente a nivel mundial que establece los fundamentos del derecho a la salud de los y las adolescentes, que incluye la salud reproductiva. Reconoció la problemática de la violencia y el abuso sexual como factor en contra de la salud reproductiva y sexual de los y las adolescentes y es el Comité sobre los Derechos del Niño (CDN) y el CEDAW los encargados de dar seguimientos a la Convención. Al igual que en otros campos de la salud reproductiva, la educación a temprana edad es uno de los medios para asegurar un adecuado uso de los medios de prevención a embarazos y enfermedades en los adolescentes, por lo que las instituciones educativas deben incorporar en sus planes de acción toda la gama de información y utilización de métodos anticonceptivos y de un ejercicio de la sexualidad libre de coerciones o abusos y que expongan experiencias de prácticas sexuales riesgosas y sus consecuencias y en especial de adolescentes en situación de marginación, como niños y niñas de la calle y jóvenes que

---

<sup>371</sup> *Ibidem*, p.106

no van a la escuela en las que predominan formas de violencia sexual, incluida la violación, el incesto y el comercio sexual.

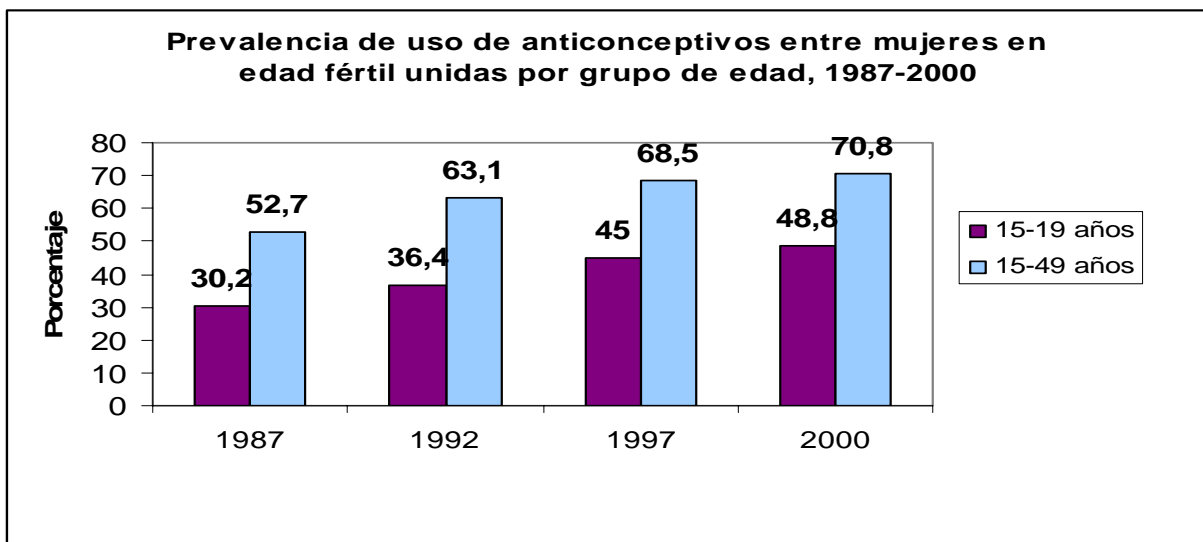
### Fecundidad en la población adolescente de 15 a 19 años, 1990-2000

| Año  | Mujeres<br>15 a 19 años (en miles) | Nacimientos<br>(en miles) | Tasa específica de<br>Fecundidad* |
|------|------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 1990 | 4 868.0                            | 415                       | 85.0                              |
| 1992 | 4 962.9                            | 413                       | 82.5                              |
| 1994 | 5 006.4                            | 410                       | 81.3                              |
| 1996 | 5 041.7                            | 397                       | 78.5                              |
| 1998 | 5 109.3                            | 379                       | 73.5                              |
| 2000 | 5 221.1                            | 366                       | 70.1                              |

\* Por 1,000 mujeres de 15 a 19 años

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las Encuestas Nacionales Sociodemográficas

El Estado debe garantizar la práctica de la salud reproductiva en la población adolescente a través de la eliminación de impedimentos legales y reglamentarias como es la legalización del aborto, ya que son frecuentes en mayor medida los embarazos no deseados en este sector de la población y quienes más lo practican en condiciones de alto riesgo a la salud. Asimismo debe garantizar el acceso universal a métodos anticonceptivos y de servicios en salud perinatal, pero con la salvedad de que deben ofrecerse bajo otra perspectiva más clara a sus objetivos personales a futuro, en virtud de la etapa psicológica y de temprana edad.



Fuente: CONAPO

Prevalencia en el uso de anticonceptivos por grupos de edad, tasa de fecundidad  
del grupo 15-19 y tasas globales de fecundidad

| Grupos de edad | EMF 1976 | ENFES 1987 | ENADID 1992 | ENADID 1997 | ENSAR 2003 |
|----------------|----------|------------|-------------|-------------|------------|
| 15-19          | 14.2     | 30.2       | 36.4        | 45.1        | 45.4       |
| 20-24          | 26.7     | 46.9       | 55.4        | 59.3        | 64.5       |
| 25-29          | 38.6     | 54.0       | 65.7        | 67.8        | 73.2       |
| 30-34          | 38.0     | 62.3       | 70.1        | 75.3        | 81.3       |
| 35-39          | 37.9     | 61.3       | 72.6        | 76.1        | 81.6       |
| 40-44          | 25.1     | 60.2       | 67.4        | 74.5        | 79.2       |
| 45-49          | 11.8     | 34.2       | 50.5        | 61.4        | 70.6       |
| Total          | 30.2     | 52.7       | 63.1        | 68.5        | 74.5       |

Tasas específicas de fecundidad para el grupo de edad 15-19

| Grupos de edad | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2003 |
|----------------|------|------|------|------|------|
| TGF            | *    | 3.13 | 2.91 | 2.62 | 2.47 |

Como se comprueba en la gráfica anterior, el uso de anticonceptivos es menor frente al otro rango de edad y en este sentido, como parte de los trabajos para promover la salud reproductiva en el sector adolescente, se han implementado programas como las campañas "Promoción de conductas reproductivas saludables en las y los adolescentes" en el 2001; el de Ampliación de las Capacidades de las y los Adolescentes cuyo objetivo es "contribuir al desarrollo de las capacidades de los adolescentes para participar de manera activa, responsable e informada en los procesos que afectan su vida sexual y reproductiva", <sup>372</sup> destacando la realización de mensajes de televisión "Decisiones I" y "Decisiones II" en el 2004. De igual manera la producción de la serie radiofónica Zona libre de 2001 a 2003, destacando entre sus contenidos la sexualidad. En el marco del Programa de Acción para la atención a la Adolescencia, se han realizado consejerías en planificación familiar en las unidades de salud, cursos de capacitación con perspectiva de género y cursos de introducción a la atención integrada del adolescente en 29 entidades federativas del país. El sector de los adolescentes ofrece una problemática particular que atender entorno a la reproducción y sexualidad, pues en primer lugar la población adolescente es alta con relación al total de población; en segundo lugar la salud reproductiva establece el libre disfrute de la sexualidad sin riesgo de procreación a favor de un mejor desarrollo humano; en este sentido los adolescentes

<sup>372</sup> Secretaría General del Consejo Nacional de Población. Informe de ejecución 2003-2004 del Programa Nacional de Población 2001-2006. p. 48

que carecen de medios para la prevención y el déficit en atención de servicios de salud, pueden llegar a incidir en las expectativas de crecimiento y desarrollo personal en los ámbitos sociales, económicos y culturales, toda vez que no es solo el aspecto sanitario o médico que hay que prevenir y atender, sino que esta problemática refiere a aspectos de índole social a futuro. De tal suerte que los componentes de la salud reproductiva no sólo no se han cumplido de acuerdo a los compromisos de la plataforma de acción con respecto a los adolescentes, sino que siguen siendo altos los niveles de demanda insatisfecha de anticonceptivos y por ende los embarazos no deseados. Como se ha advertido, la manera de prevenirlo no se sitúa exclusivamente en el aspecto médico, sino que la Política de Salud Reproductiva para el cumplimiento de todos sus componentes para los y las adolescentes, debe diseñarse con la construcción de esquemas que incluyan énfasis en los programas de difusión, pero particularmente para educar a los jóvenes en el desarrollo de su sexualidad que evite riesgos a consecuencia de inequidades de género y de coerción.

#### 8.2.8. Sobre salud materna

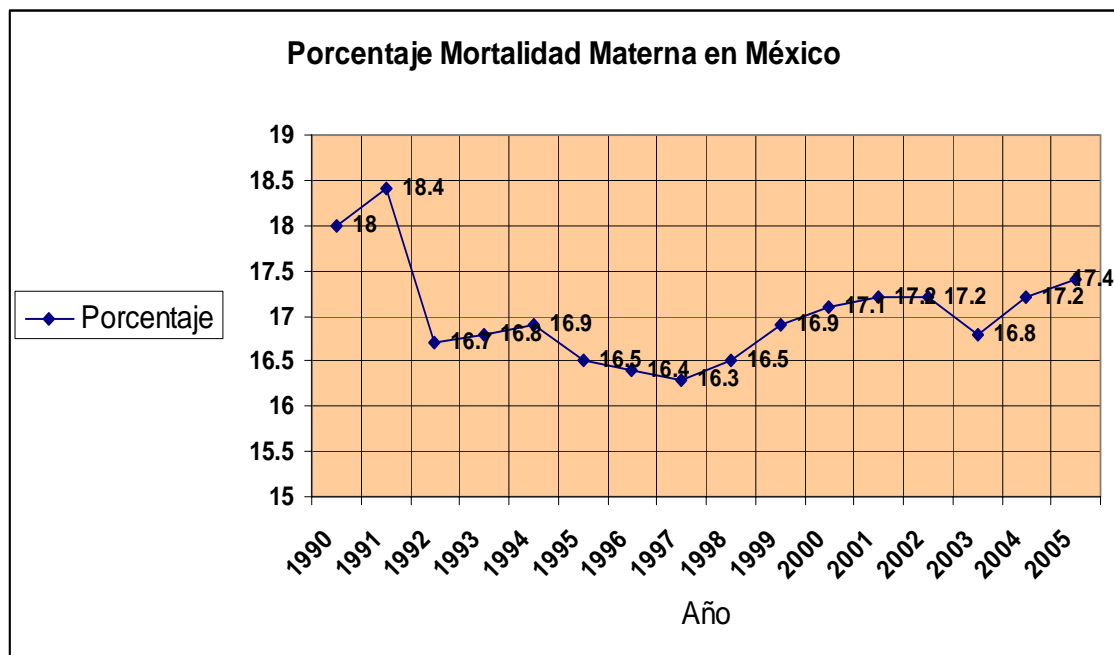
Las estimaciones realizadas con base en la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, muestran una disminución de los casos de mortalidad materna que va de un 5.4 por cada diez mil nacidos vivos en 1990, a 4.7 en 1997, pero no deja de lado la necesidad de seguir implementando programas de difusión a la población y hacia los encargados de la atención en salud materna del contenido de las normas oficiales de los servicios de salud reproductiva, específicamente en lo que concierne a su capacitación técnica y de educación, así como el establecimiento de mecanismos institucionales de seguimiento y evaluación de la calidad de los servicios. En el caso específico de la salud perinatal se establecen como prioritarios “los esfuerzos de capacitación de las parteras rurales en la atención del parto limpio y la identificación de factores de riesgo, así como ampliar el acceso a los albergues maternos para las mujeres que viven en localidades aisladas y alejadas de los servicios de salud.”<sup>373</sup> Al igual que en otros de los componentes que constituyen el enfoque de salud reproductiva, en el año de 1993 se creó la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer (NOM-007-SSA2), que establece los criterios y procedimientos para la atención y vigilancia de los servicios de salud dirigidos a las mujeres en período reproductivo.

---

<sup>373</sup> CONAPO. Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Informe México, 1999.

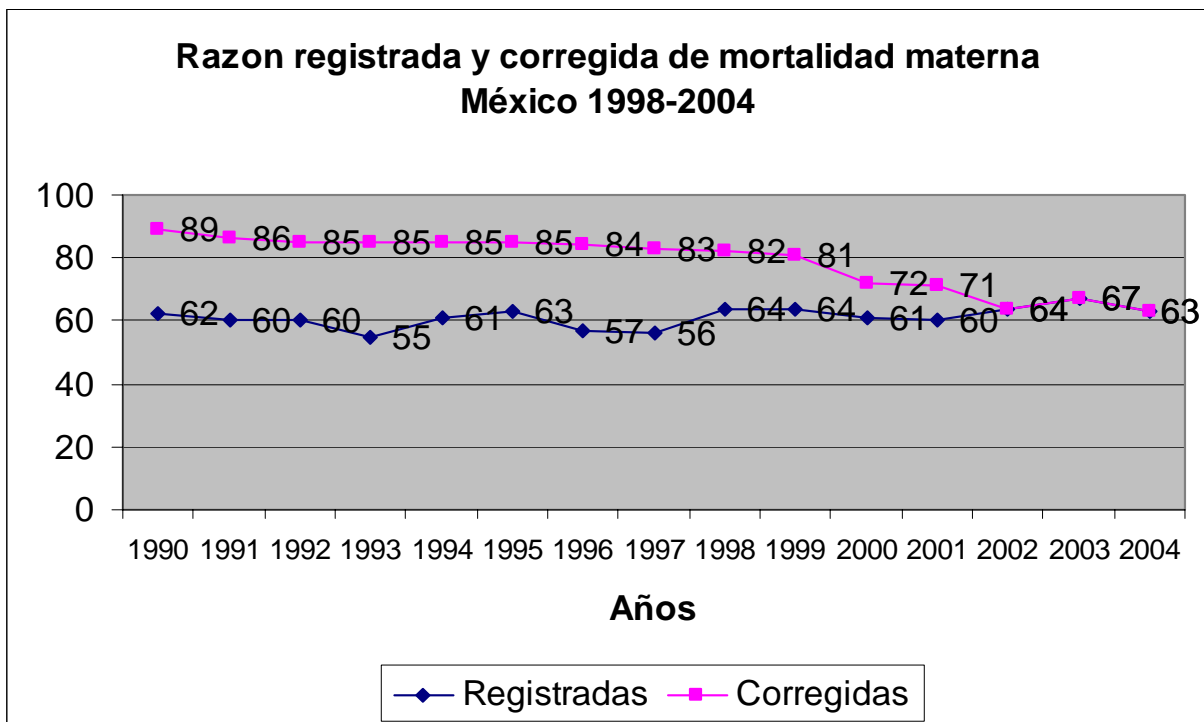


Fuente: Consejo Nacional de Población. Situación Actual de la mujer en México. Diagnóstico sociodemográfico.



Fuente: INEGI. Estadísticas 2005

Uno de los avances para la reducción de la muerte materna a través de la sistematización y registros en esos casos se efectuó en el año de 1998, cuando la Secretaría de Salud, a través de sus Direcciones Generales de Epidemiología y de Estadística e Informática (DGEI), establecieron el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), lo que permitió obtener información preliminar y periódica del comportamiento estadístico de las defunciones. A partir de 1999 los Comités se transformaron en Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, con una orientación preventiva y de capacitación del personal de salud para que estuviesen preparados en la realización de diagnósticos y de factores de riesgo. Con el funcionamiento de los comités, la Secretaría de Salud ha identificado a nivel nacional que en el 2004, "25% de las muertes maternas se debieron a hemorragias, 30% a hipertensión asociada al embarazo y otro 12% a otras complicaciones del parto." <sup>374</sup> Además y como se muestra en la siguiente gráfica, se aplicaron mecanismos para que cuenten con mayor veracidad y exactitud los sistemas de información para los registros de muertes maternas, lo que representa un avance en salud reproductiva:



Fuente: Secretaría de Salud. Informe Salud: México 2004 <sup>375</sup>

<sup>374</sup> Informe **Salud: México 2004**. Secretaría de Salud. p.32

<sup>375</sup> La **Razón de Mortalidad Materna** se obtiene de dividir el número de mujeres muertas en un año por complicaciones del embarazo, parto y puerperio entre los nacidos vivos en ese mismo periodo, multiplicando el resultado por 100,000.



El gobierno federal ha indicado la creación de una red de hospitales para la atención a la salud de las mujeres, y se destaca la transferencia de 200 millones de pesos para tal fin. Con este presupuesto se busca ofrecer servicios de parto gratuito en los hospitales de la Mujer y para ello serán modernizados y equipados; además de que seguirán aplicándose las líneas estratégicas del programa de acción Arranque Parejo en la Vida, relativos a la "capacitación del personal de salud en urgencias obstétricas; capacitación y certificación de parteras tradicionales; reingeniería de los Servicios Estatales de Salud para la referencia de los casos maternos y neonatales complicados, así como la focalización de las redes rojas de servicios de salud."<sup>376</sup> La Secretaría de Salud ha establecido de manera prioritaria la aplicación de los componentes sustantivos incluidos en el Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida, así como también el de vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas y neonatales con la finalidad de prevenir las defunciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, como un esquema que ha permitido reducir 15 por ciento las muertes maternas, 17 por ciento las neonatales y 16 por ciento las de recién nacidos, según las cifras presentadas por la Secretaría. Asimismo la dependencia dio a conocer que "el consejo propuso la 'creación de un grupo de trabajo, coordinado por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, que apoye los esfuerzos institucionales, tanto públicos como privados, para realizar la notificación inmediata, el estudio de cada defunción, la dictaminación médica de la muerte y la formalización de acciones preventivas'."<sup>377</sup> Al inicio del programa se fortaleció la colaboración con otras áreas de la misma Secretaría de Salud en esta materia con la selección de los programas de Equidad y desarrollo en salud, atención a pueblos indígenas, Micro regiones, Seguro popular y Oportunidades y de 330 municipios. Se realizó un censo de parteras que colaboran con la Secretaría de manera que se les ofrezca capacitación técnica y la donación de 14,303 maletines de apoyo para dicha labor. Sin embargo, la política de salud reproductiva, en su vertiente de salud materna e infantil, denominada Arranque parejo en la vida, muestra irregularidades en su aplicación en el sentido de ampliar la cobertura de servicios de salud a los menores de hasta dos años y sus madres para evitar la muerte materno-infantil. Por ejemplo en el año 2002 el presupuesto fue de 67 millones 194,151 pesos, sin embargo la gran parte se destinó a gasto corriente y sólo 138,200 pesos se destinaron a gasto de capital, es decir, infraestructura. "Esto resulta particularmente grave para un programa que requiere de insumos

---

<sup>376</sup> La Jornada. 8-marzo-05 "Se creará una red federal de hospitales de atención a la mujer, anuncia Fox". Rosa Elvira Vargas y Carolina Gómez.

<sup>377</sup> La Jornada. 27-diciembre-04. "Pretende la Ssa reducir la mortalidad maternal. Carolina Gómez.

como equipo médico, ambulancias y otros, para garantizar la universalidad en la cobertura de los servicios de salud.”<sup>378</sup> En este sentido debe reducirse el gasto corriente y ampliar los insumos revisando los esquemas operativos de esta política utilizando la rendición de cuentas en el gasto del presupuesto establecidos en el ramo 12 y en las entidades federativas a través del Fondo de Aportaciones para los servicios de Salud. En el primer año se atendió a 68.9 por ciento en los casos de parto; en el 2004 el porcentaje de atención llegó a 83.3, lo que significa un incremento de 3.5 puntos porcentuales, de acuerdo a las cifras del gobierno federal. Durante el año 2003 se realizaron 4.3 millones de consultas de control prenatal, por lo que cada mujer embarazada recibió en promedio 3.67 controles durante su etapa de embarazo, lo que significó un ligero aumento respecto al 2000, en la que el promedio fue de 3.46.<sup>379</sup> En los casos de mujeres embarazadas, se otorgaron más de 4 millones de consultas prenatales, lo que fue un 8.1. por ciento más respecto a 2003. “La razón de mortalidad materna fue de 62 por 100 mil nacidos vivos, que significó una reducción de 5 por ciento en comparación con la del año anterior.”<sup>380</sup> La mortalidad materna registrada entre 1989 y 1991 arrojó la cifra de 4409 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio; de 1995 a 1997 descendieron a 4011 defunciones; en 1990 la tasa fue de 5.40 muertes maternas por 10 mil.<sup>381</sup> En el año 2001 se registraron 1253 muertes maternas, “lo que significa una tasa de mortalidad materna de 4.53 defunciones por cada 10 mil nacidos vivos registrados y una reducción de 16.1 por ciento con respecto a la tasa de 1990”.<sup>382</sup> Como el programa de acción Arranque Parejo en la Vida, ha sido marcado en calidad de prioritario, los avances son más significativos en comparación a los avances de los otros componentes de la política de salud reproductiva; “de 2000 a 2004, la tasa de mortalidad materna bajó 10.6 puntos, lo que implica una disminución de 14.6 por ciento en lo que va de la administración”:<sup>383</sup>

## 8.2.9. Sobre Fecundidad y Planificación Familiar

El gran avance en materia de política demográfica es el descenso de la fecundidad iniciado a partir de 1974, con la incorporación del derecho de toda persona a decidir de manera libre,

---

<sup>378</sup> Comisión Nacional de Derechos Humanos. op. cit. , p.166

<sup>379</sup> **Informe de ejecución 2003-2004** del Programa Nacional de Población 2001-2006.

<sup>380</sup> Presidencia de la República. **Cuarto Informe de Ejecución 2004.**

<sup>381</sup> Consejo Nacional de Población. **Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo.** p.224

<sup>382</sup> Consejo Nacional de Población. **Informe de ejecución 2001-2003** del Programa Nacional de Población 2001-2006. p.324

<sup>383</sup> Presidencia de la República. op. cit., 2004.

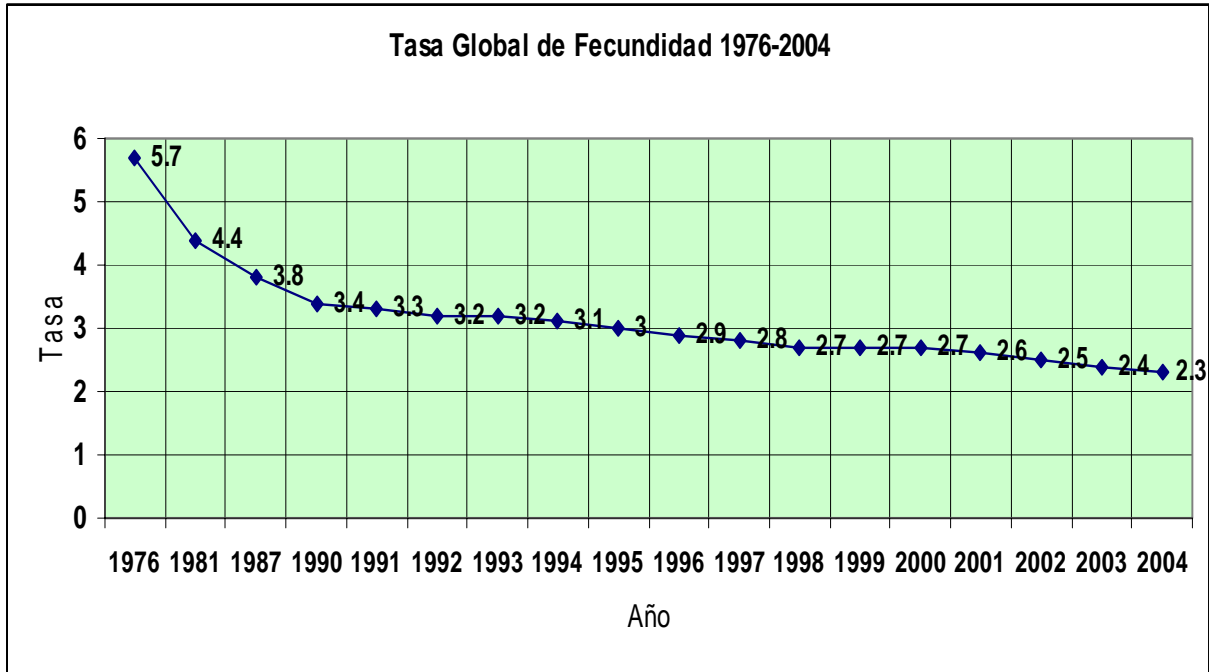
responsable e informada sobre el número y espaciamento de su descendencia, a la vez de que debe contar con toda información relativa al manejo y control de su etapa reproductiva. “Este cambio contribuyó a legitimar e institucionalizar la demanda de medios de regulación de la fecundidad y a ampliar de manera significativa el conocimiento y el acceso gratuito a los servicios de planificación familiar, poniéndolos al alcance de mayoría de la población”.<sup>384</sup> En esta política se advierte que entre 1974 y 1999 se produjo una reducción en la Tasa General de Fecundidad de alrededor de 3.6 hijos por mujer. El descenso no ocurrió de manera uniforme en el tiempo, sino que pueden distinguirse dos etapas durante el lapso de 25 años: (i) la primera fase de rápido descenso, entre 1974 y 1984, cuando la TGF se redujo casi 2.0 hijos, con un decremento medio anual de 0.20 hijos, y (ii) la segunda fase de descenso moderado, entre 1984 y 1999, cuando la TGF disminuyó alrededor de 1.7 hijos, con un decremento medio anual de 0.11 hijos, equivalente casi a la mitad de la velocidad de la reducción observada en los once años previos.”<sup>385</sup> La tasa de fecundidad de las mujeres de 20 a 24 años, que es el principal rango de mujeres para la etapa de mayor fertilidad, pasó de 285 nacimiento por mil mujeres en 1974 a 175 en 1992 y en el 2000 se aproximó a los 127 nacimientos por mil. Aunque estos resultados de la evidente disminución del índice de natalidad son propios de la política de población, sin duda exitosos, no se relacionaron completamente con la política de salud reproductiva sino hasta cuando surgió el primer programa a partir del año de 1995 y posteriormente, hasta el actual sexenio, donde ya se identifica una colaboración y relación entre la política de población y la de los programas de salud. Tomando en cuenta los datos de los avances demográficos aplicados por la política de población, se observa una relación a favor de la implementación de la política de salud reproductiva como son:

- a) un menor número de nacimientos reduce el tiempo que las mujeres están expuestas durante su vida al riesgo de complicaciones perinatales (de 63 meses con una fecundidad de siete hijos a 18 meses con una fecundidad de dos);
- b) una elevada fecundidad está relacionada con la mayor ocurrencia de embarazos en las edades extremas del periodo reproductivo. El embarazo en mujeres muy jóvenes – menores de 20 años de edad-y entre las mayores de 35 años presenta una mayor probabilidad de muerte neonatal y perinatal; y

---

<sup>384</sup> Consejo Nacional de Población, **La situación demográfica de México, 2002**. México, 2002. p.p.42-43

<sup>385</sup> Consejo Nacional de Población. **Situación demográfica de México 1999**. México. 1999. p. 29



Fuente: Para 1976: SPP-IISUNAM. Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976  
 Para 1981: CONAPO. Encuesta Nacional Demográfica, 1982. México, D.F. 1985  
 Para 1987: SSA. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987, México, DF, 1989  
 Para 1990 a 2006: CONAPO, INEGI y COLMES. Conciliación demográfica 2006. [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx) (22 de septiembre de 2006)

**Nacimientos Registrados, 1990 a 2004**

| Año  | Nacimientos registrados |
|------|-------------------------|
| 1990 | 2 735 312               |
| 1991 | 2 756 447               |
| 1992 | 2 797 397               |
| 1993 | 2 839 686               |
| 1994 | 2 904 389               |
| 1995 | 2 750 444               |
| 1996 | 2 707 718               |
| 1997 | 2 698 425               |
| 1998 | 2 668 428               |
| 1999 | 2 769 089               |
| 2000 | 2 798 339               |
| 2001 | 2 767 610               |
| 2002 | 2 699 084               |
| 2003 | 2 655 894               |
| 2004 | 2 625 056               |

Fuente: INEGI. Estadísticas de Natalidad

- c) una fecundidad elevada acorta el tiempo de espaciamiento entre los nacimientos, lo que se traduce en un menor periodo de recuperación física de la madre entre parto y parto, y una mayor competencia entre hermanos por los recursos del hogar para su crianza (lactancia, alimentos, atención médica y tiempo de los padres).<sup>386</sup>

Anteriormente el alto nivel de la natalidad era una constante hasta la década de los sesenta sobre todo dentro de los grupos de edad de entre 20-24y 25-29 años en el año de 1974. A partir de la incorporación de la política demográfica de planificación familiar, se observa una reducción particularmente dentro de los sectores de entre 20 y 30 años; "hace 25 años la edad media de las mujeres al momento de tener a su primer hijo era de 19.8 años y entre dos partos consecutivos mediaban 4.1 años; hoy día ambos indicadores han aumentado a 23.6 y 5.7 años, respectivamente."<sup>387</sup> Uno de los indicadores para medir el cambio de actitud para preferir controlar el número y espaciamiento de los hijos, es el evidente descenso de la fecundidad producto del cambio de actitud de las mujeres respecto al ciclo reproductivo. El número ideal de hijos que en promedio declararon las mujeres unidas pasó de 4.5 en 1976 a 3.3 en 1987, y a 3.2 hijos en 1997."<sup>388</sup> Algunos determinantes que han favorecido una reducción en la fecundidad, que se reconocen es la influencia de los medios de comunicación que transmiten la idea de modelos de familia pequeña con la utilización y conocimiento de la diversidad de métodos anticonceptivos, sin embargo siguen permaneciendo rezagadas frente a la amplia población a la cual esta dirigido y que no llegan a tener conocimiento de los promocionales. Sin embargo, podemos establecer que otro de los determinantes es el cambio de comportamiento de la vida sexual y reproductiva a favor de una planificación familiar marcada por un reconocimiento del mejoramiento de la condición social de la mujer así como el cambio de los papeles que desempeña frente a la familia. Desde 1997 a la fecha, el Planificatel ha ofrecido servicios de atención sobre preguntas frecuentes al uso de la planificación familiar a cerca de un millón 178 mil parejas, de acuerdo a las estadísticas del Consejo Nacional de Población. Según sus se demuestra, en 13 por ciento de las llamadas se busca obtener información acerca de métodos hormonales post coito o de emergencia, y en 9.5 por ciento las consultas son

---

<sup>386</sup> Consejo Nacional de Población. **Cuadernos... 2000**, p.16

<sup>387</sup> Consejo Nacional de Población. **Situación demográfica de México 1999**, p.30

<sup>388</sup> Consejo Nacional de Población. **Cuadernos...2000**.p.34

sobre enfermedades de transmisión sexual; <sup>389</sup> este punto realiza el cambio de actitud, particularmente en las mujeres, en la preferencia por adoptar y utilizar métodos anticonceptivos desde el punto de vista de la planificación familiar. También desde 1997 se puso en marcha el *Plan de Acción para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios y el Fortalecimiento de las Acciones de Información, Educación y Comunicación en Materia de Planificación Familiar*, instaurado por la Secretaría de Salud, el IMSS-Solidaridad y el ISSSTE, con la finalidad de fortalecer el enfoque de salud reproductiva implementado precisamente a partir de los noventa, a través de la capacitación técnica de los prestadores de servicio de estas mismas instituciones sobre el contenido de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. Este plan supone la formalización de una estructura de trabajo para la actividad en salud reproductiva e involucra a las tres instituciones públicas de salud. El plan corrobora la existencia de una secuencia de acciones para la incorporación de los fundamentos de los derechos humanos entorno a la salud reproductiva de la población, dentro de las políticas públicas de salud. Por lo tanto se manifiesta la existencia de un cambio de visión de servicios de planificación familiar a una política de salud reproductiva con todo y sus componentes en planes específicos de acción. Además de las baja considerable y exitosa del índice de natalidad, resalta que como parte de un plan de desarrollo humano dentro de la población, la política de planificación familiar se ha integrado al enfoque amplio de la salud reproductiva, en el que se establecen los derechos, libertades, autonomías, y exigencias en la calidad de los servicios de salud, en todo lo relativo a la vida reproductiva y sexual de las personas.; y en el que la continuación de los servicios de planificación familiar, siguen siendo esenciales. En este sentido el propio CONAPO reconoce que los componentes de la salud reproductiva que hay que incorporar al ejercicio de la salud de la mujer y del control de la fecundidad son: "planificación familiar; maternidad en condiciones seguras y sin riesgos para la madre y su descendencia; salud de la mujer; y prevención y tratamiento tanto de la infertilidad, como de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA". <sup>390</sup> En el año de 2002, nuevamente se instauró el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva con el objetivo de coordinar y dar seguimiento a los objetivos del programa de acción en salud reproductiva 2000-2006; formándose con 19 instituciones del sector público, privado y social; sus principales objetivos son:

---

<sup>389</sup> La Jornada. "Planificatel ha ofrecido un millón 178 mil asesorías". 14 de marzo de 2005

<sup>390</sup> Consejo Nacional de Población. **Programa Nacional de Población 2000-2006**. p. p.58-59. México, 2000

- o impulsar el desarrollo de acciones conjuntas que coadyuven a incrementar la cobertura y la calidad de la información y servicios de salud reproductiva
- o proponer, elaborar y vigilar el cumplimiento de políticas, normas oficiales mexicanas y procedimientos en materia de salud reproductiva
- o fomentar la investigación en temas relacionados con la salud reproductiva en estrecha colaboración con instituciones académicas y asociaciones científicas.<sup>391</sup>

En el 2003, previa iniciativa del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, se instituyó una medida para supervisar la calidad de los servicios de planificación familiar denominada Sistema de Seguimiento de los Servicios de Planificación Familiar y Salud Reproductiva. Se incluyeron además, indicadores relativos a medir el desempeño en la atención de complicaciones del embarazo, información de infecciones de transmisión sexual en adolescentes, adecuaciones para preguntas dentro de poblaciones indígenas para el mejoramiento del consentimiento informado, así como de la normatividad vigente en salud reproductiva. Igualmente participó en el proceso de actualización de la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar y particularmente uno de los avances más sobresalientes ha sido la aplicación del Sistema de Seguimiento de la Calidad de los Servicios de Salud Reproductiva, "bajo la coordinación de la Secretaría General del CONAPO, en las 32 entidades federativas del país":<sup>392</sup> De acuerdo con la pregunta de investigación sobre la ausencia de un indicador o instancia que evalúe la coordinación de la actividad interinstitucional en materia de política de salud reproductiva, el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, forma por diversas instancias públicas y organizaciones de la sociedad civil, sirve como figura evaluadora, por lo que podemos establecer que aunque no es una figura dotada de un rango mayor, su función principal es la de evaluar el desempeño de la política de salud reproductiva. Asimismo se establecieron índices de rezago demográfico tomando en cuenta los indicadores de tasa de mortalidad infantil, tasa global de fecundidad y el porcentaje de descenso registrado por la tasa global de fecundidad entre 1990 y 2000.<sup>393</sup> Destaca el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), que tiene como objetivo ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva en el modo de paquete básico de servicios de salud que incluye la salud infantil y de la niñez, atención materna,

---

<sup>391</sup> Consejo Nacional de Población. **Informe de ejecución 2001-2003 del Programa Nacional de Población 2001-2006.** p.344

<sup>392</sup> CONAPO. **Informe de ejecución 2003-2004** del Programa Nacional de Población 2001-2006. p.346

<sup>393</sup> Secretaría General del CONAPO. **Informe de ejecución 2001-2003** del Programa Nacional de Población 2001-2006. p. 43

planificación familiar y actividades de inmunización y consejería y de orientación nutricional. “entre 1996 y 2001 el PAC cubrió a cerca de nueve millones de mexicanos, perteneciente a más de 45 mil localidades de 878 municipios; y apoyó con 11326 recursos humanos institucionales y con 1386 equipos de salud itinerantes para otorgar servicios de salud a los habitantes de las localidades con la población más dispersa y marginada del país”.<sup>394</sup> De acuerdo a las estadísticas del informe de ejecución del 2004, a través del Programa País se transfirieron a varios estados de la República Mexicana recursos de la cooperación internacional por cerca de 950 mil dólares para “reforzar programas de población y desarrollo, así como de atención y promoción de la salud sexual y reproductiva, y fortalecer la cultura demográfica y el funcionamiento de los COESPO”.<sup>395</sup> Sobre el promedio de hijos por mujer, que tradicionalmente ha sido uno de los resultados mas significativos de la política demográfica, se estima que será de “2.16 para 2004, cifra que implica una reducción de 11 por ciento con respecto al 2.41 observado en 2000”.<sup>396</sup> En el 2004 y de acuerdo con los datos oficiales para indicar el avance de la política de salud reproductiva en su componente de planificación familiar, “se incorporaron en la SSA más de 771 mil nuevas aceptantes de métodos (...) cifra menor en 2.3 por ciento respecto al año anterior, y se registraron cerca de 3.1 millones de usuarias activas, 2.9 por ciento más que en 2003”.<sup>397</sup> Como la planificación familiar basa sus resultados con base en el porcentaje de utilización de métodos anticonceptivos, se especifica que las usuarias de estos “alcanzan los 12.4 millones, logrando, entre los sectores público, privado y social una prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de 73.2 por ciento de las Mujeres en Edad Fértil Unidas”.<sup>398</sup> Otro de los avances para el apoyo a la tarea de mejorar con instrumentos legales los servicios de planificación familiar es la actualización de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993) en la que se consideran los conocimientos científicos aprobados por la Organización Mundial de la Salud, entre ellos la anticoncepción de emergencia; destaca también la incorporación de un enfoque humanístico y ético “en los aspectos relacionados como la libertad de decidir sobre sus expectativas reproductivas, mediante la prestación de servicios fundamentados en un trato digno y de absoluto respeto hacia las decisiones sobre el comportamiento sexual y reproductivo de las personas”.<sup>399</sup>

---

<sup>394</sup> CONAPO. **Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**. p.198

<sup>395</sup> Presidencia de la República. **Cuarto Informe de Ejecución 2004**.

<sup>396</sup> Idem

<sup>397</sup> Idem

<sup>398</sup> Idem

<sup>399</sup> **Informe de ejecución 2003-2004** del Programa Nacional de Población 2001-2006. p. 344



Actualmente se ha ideado una serie de líneas de trabajo con la finalidad de acrecentar la calidad de los servicios de salud reproductiva, pues en virtud a la adopción del enfoque de derechos reproductivos desde la década de los noventa, se busca impulsarlo a través de medidas administrativas, entre las que se encuentran:

- la competencia técnica de los prestadores de servicios
- la información ofrecida y disponibles al usuario de los servicios, la calidad de la consejería y la garantía del consentimiento informado
- la variedad de anticonceptivos disponibles
- las relaciones interpersonales entre los prestadores de servicios y las usuarias y usuarios de los mismos, así como las condiciones de privacidad, confidencialidad e higiene que éstos brindan
- el funcionamiento de los esquemas de seguimiento de las y los usuarios y la promoción de su participación responsable en el cuidado de su salud reproductiva
- la integralidad de la atención a las necesidades de salud reproductiva de hombres y mujeres, directamente en los servicios o a través de la canalización adecuada a las instancias correspondientes <sup>400</sup>

#### 8.2.10. Sobre la Perspectiva de Género

La consolidación de la perspectiva de género es uno de los principales objetivos de los dos últimos gobiernos, como un instrumento que permitirá mejorar la situación del papel de la mujer a favor de su desarrollo personal y de la salud; sobre el particular de la salud reproductiva, se detecta que un porcentaje del origen o complicaciones de la salud maternal provienen de una inequidad de género de la cual son víctimas dentro del universo social, dominado por el papel que desempeña el varón. Es clara la postura gubernamental a favor de la promoción de los derechos de la mujer y su correlación con el desempeño de la atención en salud reproductiva. Los avances en planificación familiar se refieren a partir de una reforma registrada hace cincuenta años con el avance de investigación de la anticoncepción hormonal; posteriormente en 1973, con el reconocimiento del derecho de las personas de controlar en tiempo y espacio el nacimiento de los hijos. Asimismo se

---

<sup>400</sup> CONAPO. **Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo.** p.199

reconoce una segunda etapa con el inicio de los programas de planificación familiar y salud materno infantil. Ya la última, que justifica la transición de los programas de planificación familiar y salud materno-infantil, es la del reconocimiento internacional de los derechos y salud reproductiva en El Cairo en 1994. *La principal contribución y es la que sustenta esta posición de un cambio de política a otra con carácter de salud reproductiva, es el reconocimiento de la mujer como principal eje y centro de las políticas de salud como sujetos de derechos y no sólo en función de la salud del resto de la población.* Como parte de los mecanismos derivados del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, en el año de 1998 se realizó la Encuesta de Salud Reproductiva incorporando la dimensión de la perspectiva de género con la intención de conocer características "socio-demográficas, fecundidad, decisiones reproductivas, cuidado y crianza de los hijos, infertilidad, salud materna, atención infantil, anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual, cáncer cérvico-uterino y de mama, ejercicio sexual, nupcialidad, ideales reproductivos y de pareja, violencia doméstica, menopausia y climaterio, y calidad de los servicios." <sup>401</sup> Entre algunos de los resultados se encontraba en aquel entonces, que un 47.8% de mujeres que conocía los métodos anticonceptivos declaró que requería el permiso de su esposo o compañero para usarlos; 19.4% no se sintió capaz de responder la pregunta, y un 38.8% dijo que no necesitaba tal permiso. <sup>402</sup> En este marco de las políticas públicas de salud reproductiva y de perspectiva de género, el gobierno reconoce, a través del INMUJERES, el enfoque de género conceptualizado en los siguientes puntos:

- Significa tomar en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres que adopta el proceso de desarrollo y analizar, en cada sociedad y circunstancia, las causas y los mecanismos institucionales o culturales que estructuran la desigualdad de oportunidades y de resultados entre ambos sexos.
- Representa trasladar el acento puesto hasta ahora en las mujeres como grupo particular, hacia una visión que permite ver cómo las diferencias entre ellas y los hombres constituyen un eje generador de la desigualdad social que atraviesa el

---

<sup>401</sup> Informe Institucional sobre el Módulo III "La mujer y la Salud" (SSA/DGSR) y Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe México 1999 (CONAPO)

<sup>402</sup> CONAPO. **Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo.** p.222

conjunto de las relaciones sociales y jerarquizada, en detrimento de ellas, oportunidades, habilidades, capacidades, roles y funciones, méritos y recompensas.

- Plantea nuevos desafíos a la formulación de las políticas públicas, ya que reubica el énfasis de las dirigidas a las mujeres –anteriormente centrado en los aspectos sociales de su malestar-, y lo hace girar hacia acciones que buscan fortalecer su posición social, económica y política, mediante políticas de equidad.<sup>403</sup>

Uno de los fundamentos para la elaboración de políticas de equidad indica que “se dirigen a procurar –mediante normas jurídicas, programas de servicios o acciones afirmativas en diferentes campos- una situación de mayor justicia, compensando o moderando las desigualdades atribuibles a las diferencias sexuales de las personas y asegurando, mediante acciones deliberadas, una igualdad de derechos y condiciones de oportunidad para todas y todos.”<sup>404</sup> El Inmujeres ha creado dos fuentes de información para el enfoque de género: el Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Mujer en México (SISESIM), en coordinación con el INEGI, para medir la situación de las mujeres en varios campos de su desarrollo como cumplimiento de los compromisos adquiridos con la Plataforma de acción de Beijing; y por otro lado, el Sistema Estatal de Indicadores de Género (SEIG). Existe una coordinación interinstitucional para asuntos del desarrollo de la mujer con base en la perspectiva de género establecida por el INMUJERES y son:

- Mesa Institucional para Coordinar las Acciones de Prevención y Atención de la Violencia Intra-familiar hacia las Mujeres
- Mesa Institucional del Gobierno Federal
- Red Nacional de Centros de Documentación Especializados en Mujeres y Género
- Red de Instancias para la Mujer en las Entidades Federativas<sup>405</sup>

La Secretaría de Educación Pública en lo que concierne al objetivo 5 de educación, entre otros se ha fijado reducir el analfabetismo de mujeres mayores de 15 años, a una tasa del 7.6%, inclusión de la perspectiva de género en la currícula de educación básica; 20% de los cursos impartidos a docentes en servicio sobre perspectiva de género; elaboración y difusión de materiales educativos

---

<sup>403</sup> Instituto Nacional de las Mujeres. op. cit., p.17

<sup>404</sup> Ibídem, p.18

<sup>405</sup> CONAPO. **Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.** p.81

con perspectiva de género. Se han implementado al interior de las dependencias de gobierno la perspectiva de género, y entre las acciones principales de este sexenio destacan " las Unidades de Género de las Secretarías de Economía, de Relaciones Exteriores, de Desarrollo Social, del Trabajo y Previsión Social, de Salud, y del Medio Ambiente y Sustentabilidad que cuenta con cuatro líneas estratégicas, de las que se desprende la conformación del Comité Nacional de Enlaces de Equidad de Género".<sup>406</sup> En este sentido prevalece una coordinación institucional entre varias dependencias para el fortalecimiento de la perspectiva de género, que según se ha establecido en ésta investigación, es punta de lanza para el desarrollo de los componentes de la salud reproductiva; sin embargo solo existe esta coordinación para fines de la equidad de género y no del resto de los componentes de la salud reproductiva. Pero son rescatables los datos que indican que "durante 2004 se firmaron un total de 85 convenios y acuerdos de colaboración con las dependencias y entidades de los tres órdenes de gobierno, así como con organismos de la sociedad civil e internacionales...",<sup>407</sup> para efectos del impulso del esquema de equidad de género. También en el 2004 se desarrolló la novena edición de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, en la que destaca el llamado Consenso de México, en la que se reafirman los compromisos de las Conferencias de El Cairo y de Beijing, cumbres internacionales fundamentales para el desarrollo de la salud reproductiva y de los derechos de la mujer, para la incorporación de las políticas públicas de los países firmantes, entre ellos el gobierno mexicano. Las ventajas que trae implícitas la salud reproductiva inciden principalmente en la mujer por sus características biológicas, en este sentido y para que ejerzan sus derechos reproductivos, resulta interesante la propuesta extraída del discurso feminista de empowerment, que significa empoderamiento, o "darle poder a las mujeres", esto con la finalidad de cambiar las condiciones y las relaciones de la mujer con la sociedad. para asegurar su ejercicio. Esta idea va encaminada a considerar los alcances de la mujer como persona que fundamenta el combate al modelo dominante y de relación de dominio y subordinación del varón frente a la mujer. Esto es, que la mujer se apropie de su condición de igualdad y de sus derechos que le son inalienables.

---

<sup>406</sup> Instituto Nacional de las Mujeres. **Respuestas al cuestionario enviado a los gobiernos por la División para el Adelanto de la Mujer de las Naciones Unidas sobre la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing (1995) y los resultados del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General (2000)**. México, Abril de 2004. p.17

<sup>407</sup> Presidencia de la República. **Cuarto Informe de Ejecución 2004**

El ámbito de acción de las políticas de equidad de género, entre otros, incluye “la generación de servicios de empoderen a las mujeres eliminando las restricciones y los costos que significan las tareas de madre, esposa y ama de casa”.<sup>408</sup>

### 8.3. Avances para el reconocimiento de los Derechos Reproductivos

Aunque constitucionalmente toda la población tiene derecho de acceder a los servicios de salud, constantemente se verifican evidencias de la violación a tal derecho; sin mencionar que en muchas de las ocasiones se debe a que se ignora cuales son, y en el caso de la salud reproductiva es uno de los factores por los cuales no se obtienen métodos adecuados de prevención; existe imposición de parte de los centros de salud, negligencia en casos de embarazos de alto riesgo, por mencionar solo algunos, como es el caso del abuso de la utilización de la cesárea que se han incrementado en un 23.5% del total de partos en 1991 a 32% en 2001, lo que rebasa el tope recomendado por la OMS.<sup>409</sup> “El incremento de cesáreas puede obedecer, en el caso de las instituciones públicas, a un inadecuado control prenatal, que se traduce en complicaciones que obligan a una cirugía; y en las instituciones privadas, a la presión impuesta por las empresas de seguros médicos, que no cubren partos por vía vaginal”.<sup>410</sup> Aunado a las fallas en cuanto a la capacidad de atención, existe la dificultad de contar con centros de atención en lugares dispersos y rurales; aunque en gran medida es un asunto de presupuesto para la construcción de lugares específicos en zonas apartadas, se considera como una violación al derecho a la salud: “18 millones de habitantes viven en localidades rurales dispersas sin unidades fijas de atención; 100 localidades mayores de 20 mil habitantes, distribuidas en 24 estados no cuentan con servicios médicos de segundo nivel, y 1,949 comunidades en el norte del país están a más de 100 kilómetros de distancia de la unidad de segundo nivel más cercana.”<sup>411</sup> Para lograr un ejercicio adecuado de los derechos reproductivos será necesario considerar un cambio en los contextos social, político, legal, económico y cultural con la participación de las instancias gubernamentales dedicadas a atender la salud reproductiva y en colaboración con las organizaciones no gubernamentales y con el cambio de actitud de los usuarios que favorezcan las posibilidades de autodeterminación y además, “cuando los personajes institucionales, logren comprender el proceso reproductivo con el que se

---

<sup>408</sup> Proequidad, p. 19

<sup>409</sup> Comisión Nacional de Derechos Humanos. *Ibidem*, p.176

<sup>410</sup> *Idem*

<sup>411</sup> *Idem*

relacionan y a la vez, su institución respete las condiciones y tiempos propicios para su interacción.”<sup>412</sup> Los diversos trabajos de investigación sobre el particular estiman que el ejercicio de los derechos reproductivos deben considerar los componentes de libertad, responsabilidad e información; sin embargo para hacerlos válidos es necesario reconocer niveles de responsabilidad que no solo sean adquiridas por las instituciones de salud, sino que se necesitará de la cooperación de las organizaciones civiles para fortalecer la promoción y difusión de esos derechos y contando con el sistema educativo para tal fin. Las pautas a seguir para garantizar los derechos reproductivos se traducen en que el gobierno otorgue toda la información relativa a sus beneficios y mecanismos de acción; en cuanto los métodos anticonceptivos, acerca a su forma de uso, las precauciones pertinentes para su uso, de acuerdo a cada tipo, así como su efectividad. Contar con los elementos de información, libertad de elegir y viabilidad para adoptar la práctica de la planificación familiar, con base en la calidad, orientación y privacidad por parte de los prestadores de servicio a través de otorgar un trato digno y respetuoso hacia con los usuarios. Asimismo la prestación de los servicios de salud reproductiva se encuentra dentro del marco de respeto y de información detallada acerca de la adopción de alguno de los métodos anticonceptivos, de tal manera que la Secretaría de Salud establece las recomendaciones que deben guiar la manera en que las usuarias deben solicitar el servicio:

- Poder expresar los puntos de vista personales acerca de la información, los métodos anticonceptivos y los servicios recibidos
- Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente (oclusión tubaria bilateral y vasectomía), todas las instituciones o dependencias que presten el servicio están obligadas a recabar su consentimiento por escrito.<sup>413</sup>

Al respecto se debe seguir trabajando en los instrumentos de promoción para que las personas perciban los componentes de la salud reproductiva como un derecho humano elemental de la vida reproductiva; “ante la pregunta abierta sobre cuáles son los derechos reproductivos de hombres y mujeres en México, 27 por ciento declaró espontáneamente el derecho a decidir cuántos hijos tener

---

<sup>412</sup> Juan Guillermo Figueroa, op. cit., p.p. 9-51

<sup>413</sup> Secretaría de Salud. **El derecho a la libre decisión en salud reproductiva**. Dirección General de Salud Reproductiva. México, 2002. p.40

y el momento de tenerlos, y seis por ciento el derecho a decidir cuándo ya no tener más hijos”.<sup>414</sup> Para que los derechos reproductivos sean válidos dentro del concepto de salud reproductiva, deben otorgarse las garantías para propiciar al público usuario la libertad de decisión sobre el número de hijos y el momento de tenerlos, y la manera de realizarlo es promocionando que la salud reproductiva es un derecho por lo que deben ampliarse los esquemas de acceso a servicios de salud y al conocimiento de los derechos humanos. Existe un esquema denominado *titularidad del derecho* y concebido como un *derecho de mujeres*, “o bien se reconoce que es parte de ambos sexos, pero que hay diferencias en la forma del ejercicio del mismo”.<sup>415</sup> Otro tema a considerar para la continuación de una política pública de salud reproductiva se relaciona a no limitar la política de servicios de planificación familiar a un avance de métodos anticonceptivos exclusivamente, pues como lo establecen los fundamentos de la salud reproductiva, seguirá siendo prioritario el aspecto del bienestar de la madre de los hijos, y no únicamente el descenso de la fecundidad. Esto se une a la necesidad de superar que los tratamientos de planificación familiar y salud reproductiva no son preponderantemente físico y biológico, sino que otro de sus componentes son el campo mental y social de las personas para la concreción del estado de bienestar. Para lograr tal propósito se ha encontrado que las actividades adoptadas por los dos últimos sexenios en el desarrollo de la perspectiva de género como eje conductor de las políticas dirigidas a la salud de la mujer son fundamentales para mejorar la atención de los servicios, ya que proporciona una identidad en el concepto mujer que se vincula con su entorno cultural. “Ese proceso de definición de la identidad genérica va marcando espacios muy bien delimitados para las mujeres, que si bien han sido vividos y vistos como los lugares de opresión y de conflicto, en tanto no se ha reconocido la importancia que tienen al nivel de la reproducción social y cotidiana, nos marca otra pauta de dirección en torno a la cual se puede repensar la salud de la mujer, y cómo tratar de abordarla en una forma distinta.<sup>416</sup> La salud reproductiva debe considerarse dentro del proceso de “reproducción social de los individuos, parejas, familias y la sociedad en su conjunto”<sup>417</sup>, como un derecho elevado a mismo nivel de los otros derechos inherentes al desarrollo humano como son alimentación, vivienda, salud, educación y empleo. Debe encontrarse las pautas legales que permitan incluir a los derechos reproductivos como parte integrante de un derecho social. Ya que para que sean ejercidos en un contexto de libertad y en un marco de derecho, deben existir condiciones que los garanticen; es

---

<sup>414</sup> Consejo Nacional de Población. **Programa Nacional de Población 2000-2006**. p.75.

<sup>415</sup> Juan Guillermo Figueroa. op. cit, p.p.10-11

<sup>416</sup> Alma Gloria Nájera Ahumada, María Blanca López Arellano, et al. op. cit.

<sup>417</sup> Juan Guillermo Figueroa. op. cit., p.7

decir, que el gobierno debe asumir una responsabilidad pública de ofrecer las garantías institucionales para que se respeten, se ejerzan y en su caso, sancionar a las instancias que no les den cumplimiento. A lo largo del establecimiento de la salud reproductiva y fundamento de la existencia de un cambio en la perspectiva de las políticas de atención en planificación familiar y de salud materna, es que ya no solo se limita la salud de la mujer dentro del campo de la reproducción, a una cuestión biológica, si el reconocimiento de que trasciende y surge la relación con la dimensión social de la mujer, en el sentido de que es un sujeto en igualdad de condiciones con el sujeto varón dentro de un contexto de equidad de género. En este tenor, los derechos reproductivos deben ser garantizados por el Estado a partir su política de salud reproductiva en el que los titulares del sector salud los garanticen como un derecho social. Existe una propuesta para crear las bases para que sea percibido el derecho reproductivo como actividad social: 1) el derecho propuesto debe ser fundamental; 2) debe ser universal en dos sentidos: es ampliamente reconocido y es garantizado para todos; y 3) debe ser susceptible de ser formulado con precisión para alcanzar obligaciones legales por parte de un Estado y no sólo establecer un criterio de conducta. (Philip Alston) Otra vía para el establecimiento del enfoque de los derechos humanos en la salud reproductiva es la que enfatizan la satisfacción personal del nacimiento de los hijos que otorga una maternidad en buenas condiciones de salud. Al respecto se consideran algunos elementos diferentes para la construcción de la noción de derecho reproductivo: "detección de necesidad (con base en qué, cuándo, dónde, etc.), proceso de autorización de la necesidad, decisión frente a ella, estrategias de resolución o satisfacción, elevación de la necesidad a status de derecho (de la necesidad individual a la objetivación y a la demanda colectiva) y los obstáculos para el ejercicio del derecho." (Rivas y Amuchástegui) Aunque a nivel constitucional se ha marcado el mandato de crear las políticas de gobierno tomando en cuenta la igualdad entre hombre y mujer ante la ley , resulta que la promoción e incorporación de las políticas con orientación de equidad de género es reciente en el país y junto con ella el derecho a la reproducción elegida. No solo predomina esta situación, sino que esta idea se refuerza con la premisa de que mientras no se especifiquen en ese mismo artículo las responsabilidades de cada uno de los sexos no se podrán asegurar el real ejercicio de los derechos. (De Barbieri, 1982) Mientras no se delimite el papel del Estado con un carácter laico y democrático, no se podrán asegurar la libertad de elección sobre el número y espaciamiento de los hijos con base en el marco de la salud reproductiva que garantiza el derecho a la protección la salud, la legalización del aborto. Se ha reconocido la característica biológica reproductiva de la mujer, así como las características culturales y sociales de subordinación frente al varón; por ello es



indispensable para una adecuada aplicación de una política de salud reproductiva, una reconsideración de lo que significan los derechos reproductivos; en este aspecto deben seguirse promoviendo las condiciones para que la mujer tome decisiones; asimismo no debe quedar únicamente en la mujer la responsabilidad de la reproducción sino deben establecerse las responsabilidades genéricas con vistas a evitar los riesgos sociales y físicos de la mujer; una vía es promover la corresponsabilidad del hombre al interior de la sociedad; y tomar mayoritariamente en cuenta a las mujeres en situación de marginación y discriminación para la elaboración de una política más enfática en sus necesidades. Una alternativa para permear la idea de la salud reproductiva como un derecho y un esquema de vida, es implementar dentro de los planes de estudios de las instituciones educativas la educación sexual con carácter de obligatoria, a fin de iniciar un cambio en algunas actitudes culturales que derivan en una falta de respeto en la condición de la mujer. Esto fomentaría el ejercicio de los derechos reproductivos para una adecuada atención en salud. El goce de la salud reproductiva será efectivo una vez que se promueva sus beneficios, significado y alcances, por lo que la población debe contar con la información de la necesidad de influir sobre su sexualidad, su cuerpo y por ende, de su reproducción, paralelamente a la información que se transmita dentro de su entorno social, familiar y en su caso, de pareja. Los grupos en situación de vulnerabilidad, caracterizados por una pobreza extrema, relaciones familiares disfuncionales, pocas opciones de educación y expuestos a problemáticas relativas a la marginación. Este panorama se considera como una de las fuentes para el inicio de problemas en salud reproductiva como son la falta de información del uso de métodos anticonceptivos, así como de los riesgos asociados a relaciones sexuales sin protección. En muchos de los casos suceden embarazos no deseados y en el sector de los adolescentes. De tal suerte que el Estado mexicano debe garantizar los medios legales y operativos para la promoción de estos grupos.

Dejar de dar prioridad únicamente al suministro de anticonceptivos es un asunto reconocido internacionalmente y por el contrario las políticas deben abordar las amplias necesidades de las mujeres en la atención de la salud reproductiva que incluya:

- Asesoría, información y educación en planificación familiar
- Atención prenatal, parto sin riesgos y servicios de atención postnatal y educación
- Prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad
- Prevención y manejo de las consecuencias de aborto
- Servicios de aborto en sitios donde sea legal

- Tratamiento de infecciones del tracto reproductivo, VIH/SIDA y otras ITS, además del cáncer de mama
- Educación e información sobre sexualidad humana y paternidad y maternidad responsables

#### 8.4. Propuestas de las Organizaciones de la Sociedad Civil para la Política de Salud Reproductiva

La puesta en marcha de la Ley Federal de Fomento a Actividades de Desarrollo Social Realizadas por Organizaciones Civiles, y aprobada en diciembre de 2003, es el mecanismo legal que ha formalizado y facilitado la participación de algunas Organizaciones de la Sociedad Civil en la elaboración y diseño de la política pública de salud reproductiva en México. Existen cuatro principales puntos establecidos en el Programa Nacional de Población 2001-2006 en materia de participación de estas organizaciones dentro del trabajo gubernamental de población y desarrollo:

1. Promover reformas al marco jurídico de la política de población dirigidas a institucionalizar los espacios de interlocución y participación ciudadana en la formulación, instrumentación, seguimiento y evaluación de los programas y acciones en la materia
2. Estimular el diálogo y promover la asociación colaborativa con las organizaciones de la sociedad civil
3. Diseñar y promover modalidades de financiamiento para apoyar e impulsar acciones conjuntas entre las dependencias gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil
4. Garantizar el acceso a la información y someter al escrutinio permanente de la ciudadanía los programas y acciones de la política de población <sup>418</sup>

Existe el Consejo Consultivo Ciudadano para la Política de Población integrado por 21 personas especializadas y con amplia y reconocida trayectoria en temas de población; se rige como instancia pública de evaluación ciudadana de la política de población.

---

<sup>418</sup> CONAPO. **Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**. p.p. 395-396

Las actividades más relevantes de las Organizaciones de la Sociedad Civil se centran en tres líneas de acción:

- o Impulso a la creación de instituciones, a la generación de espacios de participación ciudadana y la formulación de nuevos programas de gobierno
- o Vigilancia y seguimiento de programas gubernamentales
- o Interlocución con legisladores para influir en la reforma de leyes, reglamentos y presupuestos de egresos

Se considera que la acción de estas organizaciones, dieron la pauta para la creación en el año 2002, del Instituto Nacional de las Mujeres, que actualmente es uno de los principales promotores de la institucionalización de la perspectiva de género en varios campos de desarrollo y salud de la mujer mexicana. Asimismo se reconoce su cooperación e influencia para la elaboración del Programa Nacional de Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las mujeres (PROEQUIDAD), que establece los objetivos y metas para el combate de la inequidad de género. A través del programa se entregan apoyos financieros a diversas organizaciones civiles para continuar con su trayectoria de apoyo a las mujeres. Otro ejemplo de la influencia de las organizaciones civiles en los planes y programas del gobierno federal, es el del Programa Mujer y Salud (PROMSA), que igualmente marca pautas de acción en temas de la agenda de salud reproductiva. En ellas se encuentran los siguientes grupos: Afluentes, S.C.; el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo; Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C. ; el Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población; la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM); FUNDAR, A.C. ; la Coordinación Nacional de Mujeres por un Milenio Feminista; y Salud y Género, A.C. <sup>419</sup> El Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva tiene la función de establecer espacios de colaboración para promover la salud reproductiva y los derechos reproductivos; se encuentra integrado por : Secretaría de Salud, el Consejo Nacional de Población, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el IMSS-Oportunidades, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Gobierno del Distrito Federal, la Secretaría de la Defensa Nacional, Petróleos Mexicanos, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, la Secretaría de Educación Pública; por parte

---

<sup>419</sup> Consejo Nacional de Población. *Ibidem*, p. 397

de las organizaciones de la sociedad civil se encuentran el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), Católicas por el Derecho a Decidir, A.C., el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) y la Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario (FEMAP).<sup>420</sup> Desde su fundación en el año de 1995 y tras pasando dos sexenios con dos partidos políticos diferentes en el poder, su objetivo ha sido el de participar en el diseño, elaboración, ejecución y seguimiento de los programas de salud reproductiva. Destaca su participación en la revisión y elaboración de diversas normas oficiales mexicanas que regulan varios de los componentes de la salud reproductiva como son: la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido; la Norma Oficial Mexicana NOM 014-SSA2-1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico-Uterino, y la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar.<sup>421</sup> Principalmente han realizado la actividad de elaboración de sus respectivos contenidos y de su actualización de aspectos como la incorporación de la perspectiva de género y en el mejoramiento de la calidad de los servicios. Sin embargo no se identifica un mecanismo amplio y contundente en el que se realice la vigilancia y seguimiento de programa gubernamentales en el tema de salud reproductiva. Aunque resulta relevante y al mismo tiempo un avance para contrarrestar la discrecionalidad de información, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, con sus mecanismos de funcionamiento, es el único instrumento formal que ofrece resultados en información respecto a los posibles avances de los programas de gobierno y a partir de esta, realizar el seguimiento y evaluación por parte de las organizaciones civiles. Sin duda una de las participaciones mas ejemplares de las organizaciones de la sociedad civil en programa de gobierno, lo constituye el Programa de País, en la que cooperan el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Gobierno de México a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores y el CONAPO, para el establecimiento de cooperaciones en materia de población por quinquenios. Con respecto al VIH/SIDA, igualmente se han creado e incorporado diversas organizaciones dentro de la política pública de salud reproductiva del gobierno, destacando puntos como el combate a la discriminación de personas con el virus del SIDA, desarrollo de programas de prevención, entre ellos mujeres embarazadas para evitar la transmisión al hijo; atención médica adecuada y promoción de mayor cobertura de atención y acceso a tratamientos. La manera de participación y de influencia de los programas de gobierno,

---

<sup>420</sup> *Ibidem*. p. 401

<sup>421</sup> *Idem*

es a través de redes: Red Democracia y Sexualidad (DEMYSEX), Mujeres decidiendo frente al SIDA, el Sistema Nacional de Promoción y Capacitación en Salud Sexual (SYSEX), el Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/SIDA, MEXSIDA, el Programa Colaborativo Alianza México, la red de atención REDSIDA, la Red del Consejo Técnico de OSC de Jalisco, Vanguardia Mexicana de Personas Afectadas por el VIH/SIDA, Grupo de Trabajo Chiapas, y la Red Oaxaqueña de Organizaciones de la Sociedad Civil con Trabajo en VIH/SIDA.<sup>422</sup> Como se ha establecido, la salud reproductiva como concepto, destaca a partir de las década de los noventa derivado de los compromisos adquiridos en El Cairo 94, y en la que el gobierno en México decidió incluirla como programa de gobierno; a pesar de establecerla como una obligación de problema de salud pública de carácter prioritario, "sólo en proyectos muy recientes se intenta darle voz a las responsabilidades que le corresponden a la población para defender la búsqueda de sus propios derechos reproductivos." <sup>423</sup> En este aspecto resulta importante las investigaciones, promoción y propuestas de las organizaciones civiles en la materia para que la sociedad integre sus necesidades en cuestiones reproductivas dentro de los programas de gobierno en salud reproductiva. Para dar seguimiento a los compromisos adquiridos por los países firmantes en la conferencia internacional de población y desarrollo de El Cairo 1994, se desarrolló el documento de ejecución del programa en el marco de su décimo aniversario. Uno de los compromisos asumidos por el gobierno de México en materia de salud reproductiva, es la apertura para la participación y colaboración con las Organizaciones no Gubernamentales especializadas en la investigación y promoción de los derechos reproductivos de la población. De acuerdo con el informe de ejecución, la influencia de las organizaciones se "expresa en la ampliación de los espacios institucionales de interacción e interlocución, en la inclusión de sus agendas en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas, así como en una rica y amplia variedad de experiencias provechosas para ambas partes." <sup>424</sup> Debido a la amplia participación de diversas instituciones de gobierno y de las organizaciones de la sociedad civil, la Secretaría de Gobernación, a través del Consejo Nacional de Población, de manera conjunta con la Secretaría de Relaciones Exteriores, la Comisión de Población de la H. Cámara de Senadores, y de la Comisión de Población, Frontera y Asuntos Migratorios de la H. Cámara de Diputados, instalaron el Comité Técnico interinstitucional, el 4 de noviembre de 2003. Se han formalizado la participación de Organizaciones No Gubernamentales especializadas en temas de la promoción de los derechos y salud de la mujer, para que sean

---

<sup>422</sup> *Ibíd*em, p.412

<sup>423</sup> Juan Guillermo Figueroa. *op. cit.* p.p.10-11

<sup>424</sup> Página web. <http://www.conapo.gob.mx>

incorporadas sus contribuciones en los programas de gobierno. El Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), se ha convertido en uno de los principales puentes de colaboración sobre estos temas, y al respecto ha recibido cerca de recibió 180 proyectos de organizaciones de la sociedad civil que “buscan financiamiento público para promover acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población femenina, erradicar toda forma de discriminación y propiciar la igualdad de trato entre los géneros”.<sup>425</sup> Asimismo se creó una vía para el trabajo con ONG’s con la Coordinación Presidencial para la Alianza Ciudadana. Dentro de esta línea de trabajo se ha “impulsado desde entonces la creación de una red de Consejos Consultivos en Secretarías y dependencias gubernamentales, refrendando el compromiso de incorporar la visión ciudadana en la estructura del gobierno”.<sup>426</sup> El Consorcio Nacional Mujer y Salud, instrumentado a través del Programa Mujer y Salud de la SSA, abrió un espacio para la participación y el trabajo coordinado con la sociedad civil, lo que coadyuvó en la realización de actividades conjuntas para sensibilizar y capacitar a las y los prestadores de los servicios de salud. Participan en el Consorcio aproximadamente 20 Organizaciones de la Sociedad Civil. No solo se ha reducido a temas de perspectiva de género, la colaboración de las ONG’s, sino que han sido destacadas sus participaciones en el Programa de Planificación Familiar en México, particularmente en la evaluación del desempeño en la calidad en la prestación de los servicios. “En 2003 se trabajó de manera coordinada en las áreas de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y cáncer cérvico-uterino, entre otras, y con la Coordinadora Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, apoya proyectos de coinversión, especialmente en materia de prevención y atención a la violencia familiar, para ello, ha convocado a las OSC y a especialistas con experiencia clínica, de investigación y docencia.”<sup>427</sup> Uno de los principales actores sociales que van en contra de algunos aspectos de la salud reproductiva, como es la libertad y goce satisfactorio del ejercicio de la sexualidad, así como del aborto, es la institución católica presidida por el Estado Vaticano. Sus posiciones han elevado el debate frente a otras organizaciones que promueven la libertad sexual y reproductiva. Sin embargo han surgido organizaciones con un claro perfil católico pero que buscan remover aspectos doctrinarios que favorezcan el reconocimiento de los beneficios de una sexualidad segura utilizando métodos seguros. La organización Católicas por el Derecho a Decidir ha elaborado ejercicios de opinión y entre ellos destaca que respecto a México “la Encuesta Nacional de Opinión Católica, elaborada

---

<sup>425</sup> La Jornada. “ONG buscan financiamiento público en el Inmujeres. 19 de mayo de 2005

<sup>426</sup> Instituto Nacional de las Mujeres. **Respuestas al cuestionario...** Ibidem, p.20

<sup>427</sup> Ibidem, p.22

por la organización en 2003, señala que 85 por ciento de los fieles del país están a favor del uso del condón como medio de prevención del VIH/sida".<sup>428</sup> Organizaciones como Católicas por el Derecho a Decidir; Grupo de Información en Reproducción Elegida; Acción Ciudadana por la Tolerancia; Democracia y Sexualidad; *Letra S*; Fundación Mexicana para la Planificación Familiar y Salud Integral para la Mujer señalaron que la laicidad del Estado y de la vida política pareciera algo indiscutible en el país; sin embargo, existen hechos recientes que contradicen esta convicción y mueven a una peligrosa confusión. Ejemplos de algunos sectores más rígidos de la Iglesia Católica en México, demuestran la enorme influencia que tienen sobre ciertos sectores de la población, particularmente rurales; es el caso de una región pastoral (Don Vasco) pertenecientes a las regiones de Morelia, Zamora, Tacámbaro y Apatzingán, declaran en términos de "hechos dolorosos que oscurecen el Plan de Dios sobre la familia", al referirse a la práctica de aborto.<sup>429</sup> Sin embargo paralelamente a sus posiciones conservadoras en contra del uso del condón, la Iglesia católica, al mismo tiempo convoca al gobierno a reforzar las líneas de acción a favor de la lucha contra el SIDA y a "aprovechar cabalmente el poder y la autoridad del Estado".<sup>430</sup> Frente a la incesante pretensión del alto clero católico por definir, a partir de creencias religiosas, las políticas públicas de salud y educación, pidieron que candidatos y precandidatos resalten o incluyan en sus programas de gobierno acciones en defensa de un Estado y una enseñanza laica, protección expresa de los derechos sexuales y reproductivos y mecanismos para promover la tolerancia y la no discriminación.

Otro aspecto es la colaboración de las ONG's y el apoyo de fondos públicos que recibe, en virtud de que dentro del tema de salud reproductiva y en que se busca la ampliación de libertades de elegir la vida sexual y reproductiva de la población, resulta que la Secretaría de Salud asigna partidas presupuestales a organizaciones que tienen una orientación opuesta.<sup>431</sup> Existen otras organizaciones que promueven y solicitan al gobierno la incorporación de la educación sexual ya que sostienen que "la educación sexual profesional impartida desde la etapa preescolar 'es promotora de una conducta responsable, y no de que los jóvenes adelanten su primera relación

---

<sup>428</sup> La Jornada. 21-enero-05. "La postura en torno al condón no es monolítica en la Iglesia, destaca ONG". Laura Poy Solano.

<sup>429</sup> La Jornada. 5-enero-05. "Llamam obispos a proteger la vida humana en todas sus manifestaciones". Alma E. Muñoz.

<sup>430</sup> La Jornada. 2-diciembre-04. "Falta dinero: CEM". Redacción.

<sup>431</sup> La Jornada. 18-febrero-05. "Urgen ONG al gobierno a informar sobre avances en el caso de Provida". Carolina Gómez Mena.

sexual', por ello el Instituto Mexicano de Sexología (Imesex) ha intentado persuadir a la Secretaría de Educación Pública (SEP)."<sup>432</sup>

---

<sup>432</sup> La Jornada. 16-diciembre-04 "Una buena educación sexual propicia conductas responsables: Imesex". Carolina Gómez Mena.



## CONCLUSIONES

☉ La salud pública ya no es percibida como un campo que exclusivamente se dedique a la curación de enfermedades. Actualmente los servicios de salud crean políticas y programas en concordancia con una definición de salud que alude a un estado de bienestar en tres dimensiones: el físico, mental y social, eliminando la barrera de que la salud es exclusivamente una ausencia de enfermedades. Entonces la salud es un estado en el que todos los medios deben perseguir el objetivo de no solo eliminar las enfermedades, sino de prevenirlas, ya que una buena salud parte de un esquema de prevención. Por ello la administración pública diseña políticas de salud tomando en cuenta factores o parámetros sociales y de derechos humanos que se sitúan por encima de los resultados per se; se puede decir que ahora el fin no justifica los medios.

☉ Este énfasis de que la salud es un estado de bienestar, admite que no se debe considerar únicamente el aspecto médico para el logro de tal estado, sino que supone el ejercicio y reconocimiento de derechos humanos fundamentales para la obtención de un nivel más alto posible de salud.

☉ Los antecedentes generales de la atención de la salud en México son de gran alcance pues se encuentran documentados desde la época prehispánica e inicia formalmente desde el establecimiento de la Nueva España con la prestación de servicios preventivos y curativos. Es de relevancia la creación de distintas figuras de prestación de servicios que fueron manifestando la incorporación gradual de un sistema de salud. Por lo tanto los servicios de salud en México evidencian una trayectoria que ha pasado de esquemas de atención básicos a esquemas que establecieron el ejercicio profesional de la práctica médica, así como la incorporación de enfoques a favor de reconocer a la salud como un derecho fundamental elevado a rango constitucional. Esto ha permitido que el actual sistema de salud contenga fundamentos sobre la doctrina de los derechos humanos que han permitido elaborar políticas y programas que enfatizan los derechos de los usuarios a obtener información detallada de los servicios de salud que utilizan; derecho a recibir trato adecuado por parte del cuerpo médico sin recibir coerción de ningún tipo; y particularmente la existencia de programas de salud con la premisa de acceso universal a dichos servicios.

© El establecimiento de la salud reproductiva y de los derechos reproductivos, dentro de las políticas públicas del gobierno mexicano, debe su éxito a los antecedentes de organizaciones de la sociedad civil que desde la década de los cincuenta vienen desarrollando a favor de la incorporación de esquemas que permitan a las personas la utilización y promoción de las ventajas que ofrece la planificación familiar para el ámbito familiar. No se puede determinar, a pesar de la evidencia documental, si la existencia de programas de planificación familiar no hubiese sido posible sin la influencia y promoción de estas organizaciones, pero lo que sí queda claro es que la salud reproductiva es un modelo concreto que remite sus orígenes a la reconocida trayectoria de libertad, respeto, acceso, información y derechos a la autodeterminación reproductiva y sexual.

© Se identifican dos etapas completamente antagónicas en materia de crecimiento demográfico: la primera se caracteriza por una explosión demográfica, auspiciada por una promoción pronatalista de parte del gobierno; y la segunda es la que se refiere al formal establecimiento legal, administrativo e institucional de los programas de planificación familiar, particularmente a partir de la década de los setenta. Además del fomento de la natalidad, se encontró que el principal factor para el crecimiento demográfico registrado en la primera mitad del siglo XX, fue el desconocimiento y a la vez prejuicios culturales de uso de métodos anticonceptivos.

© Las causas físicas que ocasionan casos de mortalidad materna son variados como hemorragias, toxemia o infecciones; sin embargo es posible argumentar que la causa principal que anteceden a estas complicaciones durante el embarazo son de tipo socio-cultural debido a que el grupo de mujeres más propensas a la mortalidad materna son aquellas que se sitúan en condiciones sociales y económicas desfavorables. Evidentemente las causas directas de muertes durante el embarazo se clasifican de acuerdo al cuadro médico, sin embargo es la característica socio-cultural la que denota los casos de situación de vulnerabilidad, de inequidad de género derivada en violencia de pareja y de rechazo familiar durante el embarazo los que predominantemente son el origen de los casos de mortalidad; asimismo y no menos importante es la falta de servicios obstétricos particularmente en zonas rurales o marginadas donde las mujeres recurren a ser atendidas por parteras sin tener garantías de higiene y

salubridad. Por ello, para el caso de la mortalidad materna, se deben incluir medidas que defiendan la autodeterminación de las mujeres en casos de rechazo social cuando existen embarazos no deseados que ocurran fuera de estereotipos socialmente aceptados como no encontrarse dentro de un matrimonio legalmente o religiosamente establecido; crear instrumentos derivados de la política pública que establezcan responsabilidades a las parejas que dañen física y emocionalmente a las mujeres embarazadas, particularmente si ocasionan la muerte del producto.

© Los resultados exitosos en el descenso del índice de fecundidad se deben al incremento gradual del uso de métodos anticonceptivos auspiciados por la política de población que se inició de manera formal a partir de la creación de la Ley General de Población. La primera dificultad que enfrentaron los primeros programas de planificación familiar fue la resistencia socio-cultural debido al contexto conservador de ciertos sectores por la reticencia a utilizarlos; otra dificultad fue la escasa información sobre el tipo y manera de uso de los anticonceptivos; los programas de planificación familiar tenían el objetivo primordial del descenso de los índices de natalidad sin reparar en mucho sobre la manera de ofrecer los servicios. La evidencia de una transición respecto a las políticas de población y salud en la parte reproductiva, se demuestra precisamente en el tema de los anticonceptivos: los prestadores de servicio proporcionan estos métodos para impedir la fecundidad a corto, mediano o largo plazo entre las parejas dentro del marco de un programa integral de planificación familiar; actualmente y como consolidación de los estudios y defensa de los derechos humanos a nivel global, los prestadores de servicio basan su atención de acuerdo a las líneas de acción indicadas en la política pública con base en la perspectiva holística de salud reproductiva que no es más que el reconocimiento de los derechos reproductivos; por lo tanto los primeros programas de planificación familiar buscaron el descenso de la fecundidad con la dotación de métodos anticonceptivos privilegiando solo algunos y proporcionando cierta orientación y cierto tipo de cordialidad, pero no era completamente obligatorio este tipo de trato; no fue sino a partir del programa de salud reproductiva y planificación familiar del año 1995, que por primera vez se formalizó dentro de una política pública presentada por un gobierno en México, la inclusión de puntos que especificaban la prioridad de ofrecer métodos anticonceptivos a través de estrategias que ofrecieran al público usuario el consentimiento informado y acceso universal a esos métodos, por lo que significó indicar en la política un fundamento de tipo normativo pero

básicamente de tipo humanístico a favor del uso y garantía de la autodeterminación del usuario.

Ⓢ Aunque se reconoce que el programa de salud reproductiva indica la importancia de atender a la población adolescente, así como se incluyen factores de autodeterminación y libertad, asimismo se deben incluir las necesidades y expectativas acudiendo a las fuentes directas que son los mismos adolescentes; existen los objetivos de promover entre este sector la responsabilidad y uso de anticonceptivos, particularmente el condón; sin embargo, así como se acuñaron en el nuevo diseño de política los aspectos íntimos y de fundamentos emocionales, culturales y personales la actividad sexual y reproductiva de las personas, así también deben incluirse las experiencias, argumentos, creencias, perspectivas a futuro, etc, de los adolescentes, es decir que la continuación en el diseño de la política de salud reproductiva reconozca e incorpore los factores propios de la característica completamente peculiar de la psicología de una persona adolescente. La prioridad establecida dentro de la política de salud reproductiva para atender al sector de los adolescentes se centra en enfocar las acciones a la promoción de la educación sexual ya que este sector de población muestra un alto índice de casos de embarazos no deseados, contagio de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH-SIDA; y la particularidad de las consecuencias sociales a mediano y largo plazo de las expectativas de desarrollo humano.

Ⓢ Se ha percibido un interés mayor por prevenir y atender las infecciones de transmisión sexual debido a que se sabe que son fuente para otro tipo de problemática; en algunos casos las consecuencias se insertan dentro del plano social y psicológico de quien las padece pues una infección de este tipo, además de los daños directos y de corto plazo, pueden ocasionar resultados irreversibles como es una esterilidad definitiva. Desde la perspectiva de salud reproductiva el asunto de las ITS se centra fundamentalmente en que su contagio se debe al déficit de información de métodos de prevención y sobre todo a la inequidad de género debido a que la mayoría de los casos proviene del contagio que el varón hace sobre la mujer, bajo la lógica del "machismo". Sobre el particular existe un programa de acción que atiende el asunto de forma particular, y nuevamente queda bajo una desorientación que no permite la unificación de criterios al no existir un solo programa de salud reproductiva que reconozca el problema como parte de una sola dimensión sexualidad-reproducción; las dificultades respecto a las ITS

se fundamentan en actitudes y comportamientos socio-culturales de dominio del varón frente a la mujer y el caso más ejemplar es el del VIH-SIDA, que su contagio principal es por la vía sexual; en el caso de las ITS, su atención queda relegada frente a la marcada prioridad del tema del VIH-SIDA, que por supuesto es de toda la relevancia, pero se descuida la prevención y en algunos casos su atención una vez que son adquiridas.

De acuerdo con la revisión de los distintos problemas asociados a salud reproductiva, se sostiene que el origen de esos problemas se sustentan en la complejidad de la inequidad de género; la literatura demuestra la relación directa entre comportamientos y actitudes de inequidad de género y las consecuencias físicas de la mujer ya indicadas; al respecto las políticas de salud, de población y reproductivas han incorporado, los fundamentos para elaborar y diseñar programas específicos que atiendan e incluyan la perspectiva de género a favor de igualar la condición de la mujer frente al hombre con el denominado "empoderamiento", que no es más que indicar el término exacto por medio del cual se deben elaborar las políticas públicas en el campo de la planificación familiar y defensa de los derechos reproductivos. Sobre lo anterior, encontramos la existencia de una política de reforzamiento en la integración de la perspectiva de género con la creación de una instancia específica para su desarrollo como es el Inmujeres, un programa de acción específico sobre salud y mujer a cargo de la Secretaría de Salud, y otras instancias que promueven la integridad de la mujer; ello demuestra la prioridad del gobierno al desarrollo de la inequidad de género, pero otra vez consideramos que un solo programa de salud y mujer, independiente a los otros programas que atienden ciertos componentes de la salud reproductiva, no permite el afianzamiento de una política general para la obtención y coordinación de resultados que permitan demostrar la correlación entre empoderamiento de la mujer, reproducción y sexualidad, lo que coadyuvaría a reconocer y evaluar la incorporación holística de salud reproductiva en una sola política pública. Por lo tanto sostenemos que la inequidad de género es la fuente de las consecuencias fisiológicas y psicológicas durante la actividad sexual, la etapa reproductiva, de gestación, parto y posparto, así como posibles contagios de infecciones venéreas; y que la dimensión de las consecuencias físicas y de atención a estas es independiente a la anterior.

El surgimiento de la planificación familiar como nuevo patrón de conducta a favor del reconocimiento de libertades sexuales y de la capacidad de controlar un aspecto fundamental e íntimo como la reproducción, representó de suyo un cambio cultural en la primera mitad del siglo veinte; a pesar de ello en México no fue utilizada sino a partir de la década de los setenta; la trayectoria de la planificación familiar en México no se puede entender sin la contribución de organizaciones de la sociedad civil especializadas en el tema y formalmente establecidas pues a finales de los cincuenta se registran sus trabajos de investigación, educación y prestación de servicios en planificación familiar. No fue sino hasta la década de los setenta que iniciaron formalmente los programas de planificación familiar que se han llevado de manera consecutiva hasta la fecha como parte de la política demográfica y posteriormente en 1984, se vinculó completamente dentro de la política de salud. Primordialmente se registran actividades de adecuaciones legales a favor del reconocimiento del derecho de las personas a regular a su conveniencia el número y espaciamiento de sus hijos así como el de respetar dicha libertad de elegir; por otro lado se registran acciones de capacitación y adiestramiento a prestadores de servicio que desconocían este factor de libertad reproductiva y que es una de las principales herencias que prevalecen, pues dentro del contexto de derechos reproductivos, una de las principales fallas es la falta de orientación y de humanidad en un aspecto personal e íntimo de las personas; por otro lado se identifica una constante en los programas de planificación familiar que es la promoción de los métodos anticonceptivos; se puede establecer que la dotación y cobertura ha sido de lo más exitosa con base en la distintas encuestas nacionales y que va acompañado de un cambio de actitud de apertura de los usuarios; por lo tanto los programas de planificación familiar han cumplido con las metas establecidas en función de la correcta difusión y dotación de anticonceptivos gracias al apoyo de la evolución de distintas figuras administrativas que fueron delimitando y priorizando el establecimiento de direcciones generales encargadas de la planificación familiar que se pueden verificar en su evolución que va de direcciones de menor jerarquía hasta grupos interinstitucionales formados por varias entidades públicas a manera de crear un enlace para la coordinación; la instauración de la planificación familiar se difundió de tal manera que posteriormente se incluyó dentro de las políticas sociales en programas específicos de desarrollo social, lo que demuestra la profesionalización de este tipo de servicios.

Por lo tanto encontramos una trayectoria que se puede reconocer como exitosa con base en los números y estadísticas, destacando su corto tiempo que se cuenta a partir de los setenta; un primer factor fue la aprobación de la Ley General de Población que preponderantemente se dedicó a formalizar los medios para elaborar programas para disminuir los índices de fecundidad; un segundo factor fue el desarrollo y progreso de los distintos programas específicos de planificación familiar que se elaboraban con mayor delimitación de objetivos e incorporando en mayor medida coberturas más amplias, estableciendo como prioridad las zonas marginadas y rurales; un tercer factor fue la evolución de distintas áreas administrativas encargadas de la administración de los servicios de planificación familiar que se demuestra con el diseño de objetivos más detallados y enfatizando una continuidad de los mismos, a la vez que identificaban con mayor exactitud a la población-objetivo; por ello podemos establecer que los antecedentes de la planificación familiar gozan de una evidente trayectoria y de un éxito en el descenso de la tasa de fecundidad a 2.4 hijos por mujer en la actualidad; que se muestran esfuerzos en la promoción con libertad del uso de los métodos anticonceptivos; con una especialización de las instancias públicas encargadas de esta labor; lo que pretendió demostrar la investigación, fue precisamente enunciar el ejercicio público de los programas centrados en la planificación familiar, pero con un cambio en la manera de reconocer este ejercicio a manera de un concepto más amplio que involucra la sexualidad y la reproducción como el ejercicio de un derecho fundamental; este concepto es de la Salud Reproductiva y en esa medida y reconocimiento de su existencia, empezaron a establecerse esos mismos objetivos y metas con esta percepción.

La citada trayectoria en los servicios de planificación familiar, una vez creada la Ley General de Población, demuestra las características de su desarrollo administrativo y de mejoramiento de planes de trabajo; sin embargo es necesario puntualizar que para sostener un parteaguas en la actividad que regula la actividad reproductiva de la población, tanto en el aspecto demográfico como en el de la salud pública, los lineamientos esenciales de cada uno de los programas de planificación familiar desarrollados hasta principios de la década de los noventa y más allá del aspecto técnico, se enfocaron en fomentar esquemas conductuales que se estimaban deseables para el desarrollo personal y familiar con base en una amplia difusión a la población sobre la conveniencia que representaba el derecho a la libertad de elegir, pero con la denominada "paternidad responsable", el número y espaciamiento de sus hijos; por ello se

constituyó en prioridad el fomentar un cambio de actitud en los propios prestadores de servicio pues resultó directamente proporcional el cambio de actitud de los servidores públicos y el lograr conseguir la responsabilidad en la paternidad de los usuarios. Este fomento de promocionar actitudes de planear acerca de la descendencia para el logro de un desarrollo familiar de mayores expectativas, estaba acompañado de un objetivo primigenio que era el seguir disminuyendo la tasa de fecundidad. Sin embargo no se puede dejar de lado que indudablemente esta trayectoria es el antecedente de la actual política de salud reproductiva; que evidentemente se identifican acciones tendientes a promover los derechos reproductivos, pero el contar actualmente con más de un solo programa de acción, e incorporando cada uno de los componentes de la salud reproductiva aceptados a partir de 1994 para conseguir metas y resultados con miras al año 2015, demuestran una transición de servicios centrados en la planificación familiar -que sí reconoció solo algunos elementos de la protección de derechos reproductivos-, a una política pública de salud reproductiva elaborada con los componentes del concepto holístico de salud reproductiva y que toma en cuenta de manera más directa la colaboración de organizaciones de la sociedad civil especializadas.

🌐 La inclusión de diferentes componentes que constituyen un esquema respecto al ciclo reproductivo en políticas públicas diseñadas para atender estos temas, tiene un origen en los fundamentos y desarrollo de la doctrina de los Derechos Humanos; evidentemente hemos indicado que los tradicionales programas de planificación familiar aludían a un derecho de libertades para la elección de la anticoncepción y el cuando no hacerlo; sin embargo las especificaciones y delimitaciones sobre cada una de las etapas de la reproducción así como del derecho al libre disfrute del ejercicio de la sexualidad, como parte de la misma reproducción, se fundamentan en la amplia trayectoria de la defensa de los derechos humanos en sus distintas vertientes que toma como fuente principal los diferentes tratados y convenciones internacionales para construir de manera independiente la defensa de los derechos reproductivos. Aspectos como el derecho de los niños, eliminación de la discriminación, derechos económicos, sociales o culturales, defensa a la equidad de género, son fuentes directas y fundamentales para la construcción de la dimensión de la salud reproductiva porque todos ellos realizan la defensa de derechos inmanentes a la integridad y desarrollo de las personas y el asunto de la sexualidad y reproducción han sufrido esquemas de dominación, discriminación, violaciones de tipo físico y moral, que su combate se convirtió



en uno más de los fundamentos del desarrollo de la defensa de los Derechos Humanos. Derivado de estos comités y pactos, fue que se conformaron los componentes que constituyen a la Salud Reproductiva con base en los distintos momentos del ciclo reproductivo; sin embargo aunque no queda definido específicamente en los mencionados componentes, la esencia para la construcción, promoción, defensa y aplicación a través de políticas públicas de la salud reproductiva, la conforman la igualdad de género, equidad y empoderamiento de las mujeres, que precisamente son conceptos que emanan de la dimensión de los derechos humanos como prácticas que desarrollan y favorecen el concepto de mujer.

🌀 En la amplia trayectoria de los derechos humanos, se verificó la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo en el año de 1994, y fue dentro de su plataforma de acción que se reconoció y formalizó la institucionalización del concepto de salud reproductiva como un concepto formado por distintos componentes que a la vez deben ser vistos como un todo y que aluden al reconocimiento del ejercicio libre de la sexualidad y del derecho a gozar de un estado de bienestar físico, mental y social en la vida reproductiva; por lo tanto se reconoce la influencia y los compromisos de la plataforma de acción de El Cairo 1994, como la fuente directa de la cual se adoptaron los objetivos, metas y líneas estratégicas de acción para el diseño de las políticas públicas entorno a la salud reproductiva en México, de tal suerte que la plataforma de acción es la frontera ideológica que divide a los programas tradicionales de planificación familiar con las nuevas políticas que continuaron con la actividad de planificación familiar, salud materno-infantil, pero bajo la perspectiva e incorporación formal y legal del concepto holístico de salud reproductiva, y el primer diseño fue el programa nacional de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000; y posteriormente su continuidad, en manos de un nuevo partido en el poder, aunque con el diseño de programas de acción desagregados, pero con base en la misma dirección de la salud reproductiva.

🌀 Los programas de planificación familiar que se realizaron a partir de la década de los setenta, así como la amplia trayectoria de los servicios de atención para la salud materno-infantil, muestran que se ha atendido a la población en estos rubros incluso antes de la citada conferencia internacional de El Cairo; no se pretendió demostrar que dichos servicios no existían antes de 1994, de hecho se ha descrito la amplitud de sus actividades; lo que sí se pretendió demostrar fue lo que aquí denominamos transición de servicios de planificación familiar a servicios integrados dentro de un nuevo diseño de política pública acorde con los

componentes de la reconocida salud reproductiva; en este tenor, nos apoyamos en los documentos oficiales que indican y demuestran que sus objetivos, metas y líneas estratégicas de acción se realizaron con fundamento en lo establecido en la dimensión amplia e integral denominada salud reproductiva.

📍 En este aspecto se destacó la incorporación de lo establecido en la conferencia de 1994, justo un año después con el cambio de sexenio y su respectivo plan de trabajo sexenal; se encontró que, derivado del Programa de Reforma del Sector Salud, con sus objetivos de calidad, eficiencia, cobertura, descentralización y población marginada, surgió el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, que de acuerdo a sus objetivos, propuestas y líneas de acción, fue el primero bajo esta perspectiva nueva de desarrollo y reconocimiento de los componentes de la salud reproductiva. No se desconoce a los anteriores programas enfocados a la salud de la mujer, pues evidentemente se continuó con esa labor dentro de la etapa que estamos indicando, pero lo que se pretende demostrar es que después de los compromisos adquiridos en El Cairo, los subsecuentes programas se elaboraron integrando un cambio de visión acerca de lo que implicó el asunto del desarrollo de la salud en la etapa reproductiva y esa nueva visión fue que por vez primera una política pública de salud reconoció como estrategia y como finalidad a la vez, la independencia y libertad del cuerpo de la persona para un ejercicio libre y satisfactorio de la sexualidad; además esta política reconoció que los objetivos específicos no se elaboraban de manera segmentada sino a partir del reconocimiento de que la reproducción y la sexualidad se integran en un todo global, por lo tanto la nueva política pública de salud reproductiva se fundamentó en un concepto holístico y no en objetivos separados como pueden ser la dotación de métodos anticonceptivos sin reconocer que se relaciona directamente con preferencias definidas y bases culturales de cada persona para su adopción y utilización. Asimismo otro factor para la demostración de ésta transición fue la adopción de la perspectiva de género, pues la política se elaboró reconociendo que a medida que disminuye la inequidad de género, se pueden disminuir los indicadores negativos en salud reproductiva. La particularidad del programa fue que dentro del mismo se integró a la totalidad de la política de salud reproductiva, por lo que cada objetivo y meta final aludieron a los componentes de la salud reproductiva, además de que administrativamente se inició la especialización del manejo de esta política en virtud de que derivado del programa, se creó la Dirección General de Salud Reproductiva y con base en el reglamento interior de la Secretaría

de Salud, se le otorgaron facultades de promoción y evaluación de políticas en salud reproductiva, por lo que normativa y administrativamente se fue fortaleciendo y priorizando la política pública de salud reproductiva.

🌀 El nuevo sexenio (2000-2006) y con un nuevo partido en el poder de corte eminentemente conservador, no dejó de lado la perspectiva de salud reproductiva que evidentemente muestra una apertura en el ejercicio de la sexualidad contrario a las ideologías de derecha; sin embargo mantenemos la posición, de acuerdo a la revisión de la literatura, que es conveniente el diseño de una política pública que se fundamente en un solo programa general de trabajo, que sea diferente al del actual gobierno que la integró en diferentes programas de acción y concentró sus acciones en un solo cuerpo administrativo denominado Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva; de lo general a lo particular el Plan Nacional de Desarrollo divide su campo de acción en distintas comisiones y para lo relativo a la salud y temas afines creó la Comisión para el Desarrollo Social y Humano que enaltece el combate a la inequidad de género, lo que demuestra su prioridad dentro de la agenda de gobierno; derivado de estas líneas generales el Programa Nacional de Población fundamenta sus objetivos, particularmente los de planificación familiar y salud reproductiva, en la protección de los derechos humanos así como en el empoderamiento de hombres y mujeres; a su vez, el Programa Nacional de Salud, como parte de sus principales estrategias, da prioridad a la protección de la salud de la mujer embarazada, pero sobre todo a la del recién nacido del cual surgió el programa de acción: arranque parejo en la vida. Por lo tanto, el nuevo gobierno ha elaborado un curso de acción a favor de la salud de la mujer en su etapa reproductiva y del recién nacido, reconociendo el campo que integra a la salud reproductiva lo que de suyo demuestra que continúa con esta política, sin embargo no queda del todo claro como es que un solo programa, sino que, derivados tanto del Plan Nacional de Desarrollo, Programa Nacional de Población y Programa Nacional de Salud, se crearon diferentes programas de acción específicos que atienden y promocionan a los distintos componentes de la salud reproductiva; esto, al mismo tiempo que no permite tener una forma de evaluación directa si fuera un solo programa específico como en el sexenio anterior, al mismo tiempo desmiente nuestra primer hipótesis acerca de que *la política pública de salud reproductiva no cumple con los postulados del concepto de salud reproductiva*; evidentemente y desde el sexenio 1995-2000, el gobierno de México sí integró los distintos componentes de la salud reproductiva para su atención, especificados en los ya

comentados planes y programas lo que la convierte en una política pública de salud reproductiva.

© En la parte operativa, cada programa de acción define sus objetivos generales y particulares así como sus estrategias de acción, además de citar, según cada uno de los casos, de otras instancias de apoyo y coordinación; ejemplo de ello es el Comité Técnico Institucional para la evaluación de las actividades de México para la vigilancia y cumplimiento de los compromisos adquiridos en El Cairo; también encontramos el Consorcio Nacional Mujer y Salud que enfatiza la promoción de la equidad de género y empoderamiento de las mujeres; o el Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva que dirige toda la actividad en salud reproductiva en coordinación y apoyo con entidades de la administración pública y del Poder Legislativo en lo concerniente a propuestas de nuevas políticas nacionales sobre género y salud; pero no solo son estas instancias, sino que analizando los objetivos del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación Contra las Mujeres, que se erige como el máximo programa de promoción de la equidad de género en todos sus campos –incluyendo la salud reproductiva- y que sirve como prueba del seguimiento al compromiso de la internacional Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; de la Convención de Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y de la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños y las Niñas; y analizando las actividades del Sistema Integral para la Familia (DIF), y de igual forma de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, hallamos que también atienden aspectos específicos y concretos para la promoción de la salud reproductiva; luego entonces y derivado de las distintas instituciones públicas, sean de salud o no, que tienen marcado el objetivo de la salud reproductiva, se comprueba la segunda hipótesis de investigación que indica que *la política de salud reproductiva carece de un indicador que evalúe la coordinación con las distintas instituciones de gobierno dedicadas en mayor o menor medida a la atención de la salud reproductiva en México*; a este respecto no aludimos a los indicadores que muestran los avances o rezagos en salud reproductiva emitidos ya sea por CONAPO, Secretaría de Salud o alguna otra instancia; tampoco que no existan evaluaciones de las actividades de los distintos programas de acción, porque al respecto se han establecido comités de evaluación y seguimiento; así como no se desconoce el seguimiento de los propios objetivos desarrollo del milenio que se relacionan con salud reproductiva; por el contrario no hemos encontrado una figura legal, administrativa o

institucional que específicamente no solamente evalúe, sino que coordine los resultados de todos y cada uno de los programas ya comentados; tal vez porque en el caso específico del Inmujeres o del DIF, por sus características de personalidad jurídica, no participan dentro del sector salud o de alguna parte del Consejo Nacional de Población. Por lo tanto y como parte de la política de salud reproductiva, debería crearse ésta figura que evalúe y coordine todas las instituciones que tengan dentro de sus actividades la atención en salud reproductiva y de la mujeres, ya sea en mayor o en menor medida, para concretar el proceso de esta política pública con el establecimiento de su parte de evaluación como un proceso general, y que no se evalúe de acuerdo a los resultados diferentes de cada uno de los programas de acción. Por ello se recurre nuevamente a la idea de tener un solo programa específico, probablemente en fusión con los planes de población y el de salud, para una política de salud reproductiva que se evaluada de forma más certera.

☞ Sin duda alguna el sistema de salud pública en México ha evolucionado y mejorado sus programas de acción a lo largo de una historia propia; en el caso concreto de la atención de la salud de la mujer en su período reproductivo, así como la consolidación de los programas de planificación familiar, son más que evidentes sus avances y resultados; no obstante y de forma paralela ésta consolidación se acompaña de la adopción de otras pautas para el diseño de una nueva política pública con características que provienen de amplios debates, discusiones, trayectorias, reconocimiento, consensos sobre la parte sexual y reproductiva de la defensa de los derechos humanos. La participación de organizaciones internacionales, particularmente las dedicadas a la promoción de los derechos humanos, son fuentes primarias para el nacimiento de una nueva perspectiva de salud reproductiva convertida en una nueva política pública; concretamente la participación activa del gobierno mexicano como nación que reconoce la plataforma de acción de la conferencia de El Cairo y otras más acordes con éste tema, es la muestra de la influencia internacional a nivel de promoción de derechos sexuales y reproductivos para la transición de políticas de planificación familiar y de salud materno-infantil, a una sola política de salud reproductiva que se conforma con la unión y atención de diferentes componentes que reconocen el ejercicio de la sexualidad y reproducción, como una libertad y derecho que las políticas de gobierno deben promover, atender y garantizar. Y ello es vigilado por la comunidad internacional. De tal suerte que deben mejorarse los esquemas de evaluación de los distintos programas de acción en salud reproductiva y planificación familiar, para

garantizar adecuados resultados acordes con los compromisos adquiridos y por ende será indispensable que los siguientes gobiernos no descuiden la amplia trayectoria en la defensa de los derechos reproductivos en México.

☉ De acuerdo a lo anteriormente planteado, a pesar de que existen mecanismos de seguimiento, y hasta cierto punto de evaluación, de lo establecido en El Cairo, que se desarrollan con instancias públicas basadas en sus respectivos planes y programas, el que no exista un único indicador e instancia que evalúe los resultados de todas y cada una de las instituciones públicas, sean del sector salud o no lo sean, que realicen de forma integral o en menor medida asuntos de salud reproductiva, puede que no permita una mejor y más detallada información de los resultados con las instancias internacionales con las cuales colabora el gobierno mexicano y que reiteran de manera pormenorizada y coordinada con otros documentos regionales, el mejoramiento de los servicios de salud reproductiva.

☉ Por otro lado, se verificó que a pesar de los avances significativos para el desarrollo una política pública que se diseñó a partir de los componentes del concepto holístico de salud reproductiva, se evidencia que a pesar de ello las instituciones de salud son protagonistas del sesgo existente entre los prestadores del servicio y los usuarios en lo que a la calidad de los servicios se refiere; particularmente son dos aspectos que forman éste sesgo: el protagonismo de las instituciones demográficas y de salud para la elaboración de los programas, con una colaboración mínima de organizaciones de la sociedad civil especializadas; y en segundo lugar, el déficit existente en la consideración de priorizar las necesidades de los usuarios; precisamente la esencia de este nuevo paradigma, es la incorporación y existencia de una correlación entre las necesidades de los usuarios y el proceso de socialización del conocimiento de éstas necesidades por parte de los prestadores de los servicios a partir de un diseño de política pública que desarrolle un proceso entre los operadores del servicio, población y definidores de políticas.

☉ A partir de la creación de los primeros programas de planificación familiar, las estadísticas y encuestas oficiales muestran un incremento en el uso de métodos anticonceptivos de forma libre e informada entre la población en edad reproductiva; además reconocen los beneficios de planear el número y espaciamiento de sus hijos, lo que ha llevado al gobierno ha incluir más y

mejores métodos de anticoncepción a manera de cumplir con uno de los postulados de la salud reproductiva de poner al alcance todos los métodos para el disfrute de una sexualidad sin riesgo de procreación; aquí lo que se debe seguir consolidando en el programa de acción en salud reproductiva es la orientación y consejería para ofrecer servicios que no afecten la salud reproductiva y sexual de las personas que acuden a los centros de salud, pero de acuerdo a la literatura el rezago sigue siendo importante en zonas rurales y marginadas y justamente es en éste sector de población en el que se debe desarrollar con mayor énfasis y puntualidad la política pública, pues al aludir a las necesidades de los usuarios en su autonomía personal en un aspecto tan íntimo como lo es la sexualidad y reproducción, se requiere una mayor profesionalización, capacitación y concientización de los prestadores del servicio en un sector que por sus características socio-económicas y de vulnerabilidad social, no son alcanzadas por este y muchos otros tipos de programas que se focalizan en sectores de población que son derechohabientes ó su nivel socioeconómico es superior.

📍 El incremento en el uso de métodos anticonceptivos no se debe únicamente a la incorporación de la salud reproductiva como nueva dimensión, por el contrario los anteriores programas de planificación familiar, cabe decir muy exitosos, se basaron en la provisión y promoción de estos métodos como principal instrumento para alcanzar el objetivo prioritario de descender el índice de fecundidad; no solo es la adopción, sino que como parte del proceso y gracias a la difusión, se ha evidenciado un cambio de actitud y apertura a la utilización de los anticonceptivos como un instrumento para un desarrollo personal con mayores expectativas y contrario a las características culturales; sin embargo uno de los principales motivos para que sigan existiendo embarazos no deseados son dos principales: la inequidad de género traducida en coerción de la pareja para relaciones sexuales sin protección y/o prohibición para el control de fecundidad; y segundo, la demanda insatisfecha; en el primer aspecto aún no queda completamente bajo la responsabilidad de la política de salud reproductiva el que cierto número de mujeres unidas no sean capaces de negarse a la coerción de su pareja, pero sin duda si se debe seguir consolidando la información y educación para la planificación familiar, particularmente en el sector de los adolescentes; y en el segundo punto sí es completamente responsabilidad de la política pública el que no existan o lleguen a su destino los métodos anticonceptivos en parejas que, al no contar con medios suficientes para adquirirlos en el mercado farmacéutico, no los puedan adquirir a pesar de su deseo expreso de hacerlo. Por

esto a pesar de que el número de quejas no es relevante, sí se sabe que en áreas marginadas o rurales no existe una cultura de la denuncia y los abusos de servidores públicos cotidianamente quedan sin fincar responsabilidades, por eso se deben detallar y mejorar las revisiones del desempeño de los prestadores de servicios en salud reproductiva.

Ⓢ En otro sentido, aún siguen existiendo imposiciones, desinformación y poca variedad de anticonceptivos sobre todo en grupos en situación de vulnerabilidad, lo que convierte a la política pública de salud reproductiva en una política incompleta y que aun carece de un indicador que desarrolle una evaluación total de sus distintas vertientes institucionales.

Ⓢ Como parte del cuadro de la anticoncepción, surgió un debate incluso entre secretarios de Estado acerca de incorporar la denominada pastilla “del día después” dentro del catálogo de anticonceptivos; esto demostró una falta a una trayectoria de defensa de los derechos sexuales y reproductivos y a una política innovadora y que reconoce las libertades en el campo de la reproducción; esto mostró que la política aún queda a expensas de actores políticos –en este caso el de un Secretario reconocido públicamente como conservador- que pueden impedir su funcionamiento, lo que resulta que deben incorporarse y delimitarse los candados legales que impidan cualquier situación adversa al respeto y promoción de los derechos reproductivos y sexuales.

Ⓢ Las estadísticas oficiales muestran indicadores del incremento de prácticas anticonceptivas entre la población lo que al mismo tiempo demuestra descensos en la tasa global de fecundidad que favorece mejores expectativas de desarrollo; demuestran las situaciones actuales de los niveles de mortalidad materna, demanda insatisfecha de anticonceptivos, incidencia de embarazos adolescentes no deseados y las características de la inequidad de género; por ello se demostraron los logros y avances, en un primer momento, de los programas de planificación familiar con excelentes resultados a nivel de resultados de la baja en la tasa de natalidad; y en un segundo momento se continuaron los resultados una vez que la planificación familiar quedó dentro de un solo esquema global denominado salud reproductiva. Los índices y estadísticas, una vez que se elaboró el primer programa oficial de planificación familiar y salud reproductiva, continuaron a la baja en los casos ya mencionados pero algunos seguían en la línea de emergencia e importancia como los casos de muertes maternas, inequidad de género



y demanda insatisfecha de anticonceptivos particularmente; se puede decir entonces que la política de salud reproductiva se desarrolla y se continua a pesar de gobiernos con distintos partidos en el poder y que se reconoce la relevancia de seguir incluyendo en los programas respectivos a la salud reproductiva y en esa medida siguen descendiendo algunos indicadores; sin embargo la principal tarea de ésta administración y de las subsecuentes no es la continuación de la política, que por su prioridad debe seguirse incluyendo en automático en los Planes de Desarrollo Nacionales; la tarea es avanzar en una política pública que proporcione resultados directamente proporcionales con una mayor población usuaria de los servicios de salud que conozcan, adquieran, interpreten y a la vez promuevan sus libertades y derechos en materia de reproducción y sexualidad; la salud reproductiva debe girar a la par de que la población utilice sus facultades de autodeterminación pues si se deja la total responsabilidad de promoción a la parte pública, será difícil lograrlo si el público usuario no conoce los beneficios ni los significados de los componentes de la salud reproductiva.

📍 El tema de los logros y avances en salud reproductiva tal vez ya no dependerá exclusivamente de los indicadores, pues seguirán proporcionándose métodos anticonceptivos, consultas prenatales, atención de infecciones de transmisión sexual, etc. Lo que parece prioritario es marcar el énfasis a las situaciones legales, culturales y sociales del tema; como el asunto es lograr un estado de bienestar en lo físico, mental y social en el aspecto sexual y reproductivo, los constantes cambios e influencias del entorno social muestran que la población seguirá debatiendo entre conservadores y quienes apoyan la apertura en el ejercicio de ciertas libertades de comportamiento (por denominarlos de alguna manera); específicamente se trata de que seguirán en pugna sectores de derecha y sectores que apoyan ese disfrute y libertad sexual y reproductiva frente al gobierno en turno en el momento del diseño de la continuación de la política pública; por lo tanto es necesario fortalecer y formalizar mayores organizaciones de la sociedad civil de las diferentes tendencias, que participen en mayor medida con el gobierno, como evidentemente así ha sucedido con los grupos interinstitucionales, pero que desarrollen una actividad constante y sistemática la evaluación de la prestación del servicio que evalúe si se atiende o no con la perspectiva de salud reproductiva pero que preponderantemente se conviertan en el puente legal e institucional entre el usuario y el prestador de servicio para que se garanticen y funcionen los derechos reproductivos.

Finalmente, se demostró la existencia de una nueva política pública de salud reproductiva proveniente de un esquema de planificación familiar; asimismo que se incluyen sus postulados en los distintos documentos normativos y de procesos administrativos; que existen avances en indicadores que demuestran el desarrollo de la política; sin embargo el asunto final es que una política que se considera diferente por atender aspectos íntimos relacionados con las diferentes influencias socio-culturales de las personas como lo es la reproducción, no podrá ser exitosa ni tomar en cuenta todos y cada uno de los componentes de la salud reproductiva si no establece de manera detallada y menos desagregada la implementación y evaluación de la política pública con el establecimiento de un solo programa de acción o que al menos tenga a la mano un indicador legal y formal que evalúe a todas las figuras institucionales que desarrollan ésta actividad aunque no pertenezcan necesariamente al sector salud; pero además no será legítima si no tiene como punto de referencia para su evaluación, más allá de que en el papel lo establezca, otras instancia que sirvan de garantes en el oficio público de salud reproductiva; por lo tanto deben ser las organizaciones de la sociedad civil las que continúen y refuerzan la promoción de los derechos reproductivos, el empoderamiento de la mujer y la autodeterminación de las personas con base en el respeto de las distintas posturas religiosas, culturales y sociales, pues para que la política pública de salud reproductiva funcione, no debe ser el gobierno el diseñador, ejecutor, promotor y evaluador único de una política que depende del reconocimiento y promoción de un factor que tiene posiciones de la mas amplia diversidad como lo es la perspectiva de género. Por ello se deben formular propuestas a favor de establecer como prioridad el reconocimiento y establecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas para que sea vista como un derecho humano fundamental, como hoy día se reconocen los derechos a la libertad de expresión, al derecho a la información, al derecho a votar, al derecho a la educación, etc.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aristóteles **La Política**. México, Editorial Porrúa, 1992
- AGUILAR Villanueva, Luis Fernando "Estudio Introdutorio", en **Problemas públicos y agenda de gobierno**. México, Editorial Miguel Angel Porrúa-Grupo Editorial, 2000
- ALATORRE Rico, Javier y Lucile C. Taquín "El embarazo adolescente y la pobreza", en Bonfil, Paloma y Vania Salles (eds) **Mujeres pobres: Salud y trabajo**. México: Gimtrap, 1998
- BAÑÓN, Rafael "Los enfoques para el estudio de la administración pública: orígenes y tendencias actuales", en **La Nueva Administración Pública**. España, Alianza Editorial, 1997
- BUSTAMANTE, Miguel. et. al. **La Salud Pública en México 1959-1982**. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982
- CARDOZO Brum, Myriam "La Evaluación de las Políticas Públicas: problemas, metodologías, aportes y limitaciones", en **Revista de Administración Pública No.84. Políticas Públicas**. México, INAP,1993
- CARPIZO McGregor, Jorge **La Constitución Mexicana de 1917**, 7ª edición, México, Porrúa, 1986
- COLOMBO, Francesca y OXLEY, Howard "Desempeño y Reformas del Sistema Mexicano de Salud", en Conferencia para presentar el Estudio de la OCDE del Sistema de Salud de México. Abril de 2005

|            |                                |  |
|------------|--------------------------------|--|
| CHEVALIER  | Jacques                        | <b>Historia del Pensamiento Político.</b> México, Fondo de Cultura Económica, 1994   |
| EHRENFELD- | Lenkiewicz N.                  | "Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada", en Revista <b>Salud Pública de México.</b> Marzo-abril de 1994   |
| FIGUEROA   | Perea, Juan Guillermo          | "Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud", en Elu, M.C. (ed.) <b>Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva.</b> México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1997 |
| FIGUEROA   | Perea, Juan Guillermo          | <b>Aproximación al Estudio de los Derechos Reproductivos.</b> Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción. Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México.   |
| FIGUEROA   | Perea, Juan Guillermo          | "Elementos para definir una agenda de docencia, investigación y análisis de políticas en el ámbito de la salud reproductiva", en Carlos Welti (coordinador) <b>Población y desarrollo: Una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94,</b> México, UNAM, 1997      |
| FUJIGAKI   | Lechuga, Augusto (coordinador) | <b>Historia de la Salud. Reseña Histórica 1982-1988. Tomo I.</b> Secretaría de Salud. México, 1988.  |
| GUERRERO   | Orozco, Omar                   | <b>Las Ciencias de la Administración en el Estado Absolutista.</b> México, Editorial Fontamara, 1986   |
| GUERRERO   | Orozco, Omar                   | <b>Teoría administrativa del Estado.</b> México, Editorial Oxford, 2000  |

|            |  |  |
|------------|--|--|
| GUERRERO   | Orozco, Omar                           | "Políticas Públicas: Interrogantes", en <b>Revista de Administración Pública No. 84-Políticas Públicas</b> . México, INAP, 1993  |
| HÉLLER,    | Herman                                 | <b>Teoría del Estado</b> . México, Fondo de Cultura Económica, 1995  |
| KUMATE,    | Jesús. et. al                          | <b>La salud en México: Testimonios 1988</b> . México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 1988   |
| LANGER,    | Ana, Kathryn Tolbert, y Mariana Romero | "Las enfermedades de transmisión sexual como problema de salud pública: Situación actual y prioridades de investigación", en Langer, A. Y K. Tolbert (eds) <b>Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México</b> |
| LANGER.    | Ana                                    | "La mortalidad materna en México: La contribución de aborto inducido" en Ortiz, A. (ed.) <b>Razones y pasiones entorno al aborto</b> . México, Edamex/Population Council, 1994                                     |
| LÓPEZ      | García, Raúl                           | "El aborto como problema de salud pública", en Elu, M.C. y A. Langer (eds) <b>Maternidad sin riesgos en México</b> . México DF: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1994                     |
| LOZANO,    | Rafael                                 | "Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México", en Elu, M.C. y A. Langer (eds) <b>Maternidad sin riesgos en México</b> , 1994   |
| MADRAZO,   | Jorge                                  | <b>Derechos Humanos: el nuevo enfoque mexicano</b> . México, Fondo de Cultura Económica, 1993  |
| MENY, Ives | y THOENIG, Jean-Claude                 | <b>Las Políticas Públicas</b> . España, Ariel Ciencia Política, 1992   |

- MORENO Salazar, Pedro H. "Exposición Crítica de los Enfoques Estadounidenses para el Análisis de las Políticas Públicas", en **Revista de Administración Pública. No. 84. Políticas Públicas.** México, INAP, 1993
- PALMA Cabrera, Yolanda "Debe darse atención a los adolescentes", en **DEMOS. Carta demográfica sobre México 2003-2004,** México, Instituto de Investigaciones Sociales-Universidad Nacional Autónoma de México, 2004
- PALMA, Yolanda y Rivera, Gabriela "La planificación familiar en México", en Langer, A. Y K. Tolbert (eds) **Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México.** México DR: Edamex/Population Council, 1996
- PALMA, Cabrera, Yolanda "La sustentabilidad de los programas de salud reproductiva", en **La población de México, situación actual y desafíos futuros.** México, Conapo. 2000.
- PUGA, Cristina Y TORRES Mejía, David **México: La modernización contradictoria.** México, Addison Wesley Longman, 1998
- REYES Heróles, Jesús **Tendencias Actuales del Estado.** México, Editorial Miguel Ángel Porrúa, 1988
- ROSEN, George **De la policía médica a la medicina social.** México, Siglo Veintiuno Editores, 1985
- ROSSEAU, Juan Jacobo **El Contrato Social. Principios de Derecho Político.** México, Editorial Porrúa, 1992

|               |  |   |
|---------------|--|---|
| RUIZ          | Sánchez, Carlos                                | <b>Las Políticas de Salud en el Estado Mexicano (1917-1997). Un análisis de la evolución de la administración pública de la salubridad en México.</b> (Tesis de Doctorado) México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México, 2001 |
| SABINE,       | George   | <b>Historia de la Teoría Política.</b> México, Fondo de Cultura Económica, 1995   |
| SÁNCHEZ       | González, José Juan                            | <b>Administración Pública y Reforma del Estado.</b> México, Instituto Nacional de Administración Pública, 1997  |
| SOBERÓN       | Acevedo, Guillermo                             | <b>"Evolución y Revolución en Salud", en Salud Pública de México.</b> enero-febrero de 1992, Vol. 34, No. 1. México, 1992   |
| SAS, Ivonne   | y Susana Lerner                                | "El enfoque de salud reproductiva en el marco del debate sobre población y desarrollo. Aportes de la investigación sociodemográfica" en Brígida García (coordinadora), <b>Población y sociedad al inicio del siglo XXI</b> , México, El Colegio de México, 2002             |
| TAMAYO        | Sáenz, Manuel                                  | "El análisis de las políticas públicas", en <b>La Nueva Administración Públicas</b> , España, Alianza Editorial, 1997   |
| TRUJANO Ruíz, | Ma. Magdalena y Esquivel Hernández, Ma. Teresa | "Políticas de fecundidad: incidencias y resistencias culturales", en <b>Política y Cultura. Políticas Públicas y Sociedad.</b> Otoño 96, número 7. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México  |
| UVALLE        | Berrones, Ricardo                              | <b>El gobierno en acción: La formación del régimen presidencial de la administración pública.</b> México, Fondo de Cultura Económica, 1984  |

|        |                   |  |
|--------|-------------------|--|
| WELTI  | Chanes, Carlos    | "Reducción del crecimiento demográfico sin desarrollo" en revista Demos. Carta demográfica sobre México 2003-2004. Instituto de Investigaciones Sociales. México, 2005 |
| WELTI  | Chanes, Carlos    | Problema cultural y de salud", en DEMOS, La Fecundidad de los adolescentes en México.  |
| YÁNEZ  | Campero, Valentín | <b>La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México.</b> México, Instituto Nacional de Administración Pública, 2000                        |
| ZÚÑIGA | Herrera, Elena    | "La desaceleración del crecimiento demográfico y la salud reproductiva", en <b>La población de México, situación actual y desafíos futuros.</b> __Conapo. México, 2000 |



**DOCUMENTOS OFICIALES**

|  |  |
|--|--|
|  | Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados. 1980   |
|  | Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) de Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido                                      |
|  | Norma Oficial Mexicana (NOM-014-SSA2-1994) para la Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino |
|  | Norma Oficial Mexicana (NOM-147-SSA2-1994) para la Prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria             |
| Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. | Nuevo Reglamento de la Ley General de Población.   |
| Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. | Ley General de Población.  |
| Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. | Ley General de Salud.  |
| Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. | Ley Orgánica de la Administración Pública Federal  |
| Comisión Nacional de Derechos Humanos.   | Diagnóstico sobre los Derechos Humanos.  |

- Consejo Nacional de Población. Informe Institucional sobre el Módulo III "La mujer y la Salud" (SSA/DGSR) y Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe México 1999
- Consejo Nacional de Población. **Situación demográfica de México 1998**. México, 1998
- Consejo Nacional de Población. **Situación demográfica de México 1999**. México, 1999
- Consejo Nacional de Población. **Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana**. México, 2000
- Consejo Nacional de Población. **Situación actual de la mujer en México. Diagnóstico sociodemográfico**. México, 2000.
- Consejo Nacional de Población. **La situación demográfica de México, 2002**. México, 2002
- Consejo Nacional de Población. **Programa Nacional de Población 2000-2006**. México, 2001
- Consejo Nacional de Población. Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo.
- Consejo Nacional de Población. Informe de ejecución 2003-2004 del Programa Nacional de Población 2001-2006
- Consejo Nacional de Población. Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Informe México, 1999
- Consejo Nacional de Población. Informe de ejecución 2001-2003 del Programa Nacional de Población 2001-2006.

- Diario Oficial de la Federación.  
30 de mayo de 1994
- Norma Oficial Mexicana (NOM-005-SSA-1993) de los Servicios de Planificación Familiar
- Fondo de Población de las Naciones Unidas
- Estado de la población mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. 2004
- <http://www.reproductiverights.org>
- Centro de Derechos Reproductivos. Haciendo de los Derechos una Realidad: Un análisis del Trabajo de los Comités de Monitoreo de la ONU sobre Derechos Reproductivos y Sexuales.
- <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/beijing+5.htm>
- Nuevas Medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Anexo, Proyecto de Resolución II), Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General.
- Instituto de Investigaciones Sociales-Academia Metropolitana.
- Conferencia presentada por el Lic. Julio A. Millán Bojalil, "Desarrollo Regional y Planeación Prospectiva en México", en **Memoria del Foro Planeación Regional Integral. Una visión prospectiva 2020**. Sedesol.CICM 2000
- Instituto Nacional de las Mujeres.
- Respuestas al cuestionario enviado a los gobiernos por la División para el Adelanto de la Mujer de las Naciones Unidas sobre la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing (1995) y los resultados del vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General (2000). México, Abril de 2004

- Instituto Nacional de las Mujeres. **Programa Nacional de Igualdad de oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres.** México, 2001
- O.N.U. Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- O.N.U. **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**
- O.N.U. Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación General XXV: Dimensiones de la discriminación racial relacionada al género (56ª sesión, 2000), en Compilación de Observaciones Generales y Recomendaciones Generales por Órganos de Tratados sobre Derechos Humanos, Doc. ONU
- O.N.U. **Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña.** 1990
- O.N.U. **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos,** 1976
- O.N.U. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
- O.N.U. Iniciativas de Presupuestos para América Latina y el Caribe con Enfoque de Género: Una Herramienta para Mejorar la Fiscalización y Lograr la Implementación Efectiva de Políticas. Preparado para la Octava Conferencia Regional Sobre la Mujer de América Latina y el Caribe-Beijing +5 Lima, 8-10 de Febrero del 2000. UNIFEM. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Organización Mundial de la Salud. | Evaluación de las actividades de planificación de la familia en los servicios de salud. Serie de Informes Técnicos No.569. Ginebra, 1975  |
| Poder Ejecutivo Federal.          | Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000  |
| Poder Ejecutivo Federal.          | <b>Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000</b>  |
| Presidencia de la República.      | <b>Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006.</b> México, 2001  |
| Presidencia de la República.      | Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005   |
| Presidencia de la República.      | Cuarto Informe de Ejecución 2004 del Plan Nacional de Desarrollo.   |
| Secretaría de Gobernación.        | <b>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.</b> México, 2005  |
| Secretaría de Salud.              | <b>El Derecho a la libre decisión en salud reproductiva.</b> Dirección General de Salud Reproductiva. México, 2002  |
| Secretaría de Salud.              | <b>Programa Nacional de Salud 2001-2006,</b> México, 2001   |
| Secretaría de Salud.              | <b>Programa de Acción: Mujer y Salud,</b> México, 2001  |
| Secretaría de Salud.              | Comentarios a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención de la violencia familiar. Programa Mujer y Salud, Secretaría de Salud, 2003 |
| Secretaría de Salud.              | <b>Programa de Acción: Salud Reproductiva,</b> México, 2001   |

|   |  |
|---|--|
| Secretaría de Salud.  | <b>Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida",</b> México, 2001  |
| Secretaría de Salud.  | <b>Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).</b> México, 2002  |
| Secretaría de Salud.  | <b>Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.</b> México, 2001   |
| Secretaría de Salud.  | Informe Salud. México 2004   |
| Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia-UNICEF | Informe Ejecutivo 2do. Estudio en cien ciudades de niñas, niños y adolescentes trabajadores México, 2002-2003. DIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia-UNICEF. Abril de 2004 |
| UNICEF-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia              | <b>Adolescencia en América Latina y el Caribe: orientaciones para la formulación de políticas.</b> Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. 2001                                  |

## Referencias Periódísticas

- La Jornada. 18-noviembre-04. "Por problemas perinatales, 20% de los decesos mundiales: experto". Angeles Cruz Martínez.
- La Jornada. 19-noviembre-04. "México, ejemplo de rezago en el combate a la mortalidad materna". Angeles Cruz Martínez
- La Jornada. 23-noviembre-04. "El machismo, factor de incidencia en el contagio del sida en México: Ssa". Angelica Enciso L.
- La Jornada. 25-noviembre-04. "Casi la mitad de las mujeres es víctima de violencia doméstica". Roberto González Amador.
- La Jornada. 25-noviembre-04. "Advierte la ONU que agresiones a mujeres persisten como fenómeno global". AFP y DPA
- La Jornada. 25-noviembre-04. "El aumento de sida entre mujeres, por la violencia de género: ONU". Angeles Cruz Martínez
- La Jornada. 26-noviembre-04. "Fox ofrece aclarar feminicidios y castigar a funcionarios negligentes". Rosa Elvira Vargas
- La Jornada. 29-noviembre-04. "Las mujeres, biológica y socialmente más vulnerables al sida, revela la OMS". Carolina Gómez Mena
- La Jornada. 1-diciembre-04. "El Vaticano pide a los países ricos más ayuda para el combate del VIH". Reuters, Afp y Dpa
- La Jornada. 2-diciembre-04. "Falta dinero: CEM". Redacción.
- La Jornada. 9-diciembre-04. "Más de la mitad de la infancia mundial, en la pobreza: Unicef". Angeles Cruz Martínez
- La Jornada. 16-diciembre-04. "Una buena educación sexual propicia conductas responsables: Imesex". Carolina Gómez Mena.
- La Jornada. 20-diciembre-04. "Al año, más de 4,500 muertes por cáncer cérvico uterino. Carolina Gómez.
- La Jornada. 27-diciembre-04. "Pretende la Ssa reducir la mortalidad maternal. Carolina Gómez.

- La Jornada. 28-diciembre-04. "El IMSS acumula 60.8% de quejas de enfermos de sida en 12 años: CNDH". Victor Ballinas
- La Jornada. 29-diciembre-04. "A fin de año, México tendría casi 106 millones de habitantes". Juan Balboa.
- La Jornada. 4-enero-05. "En México, mejor educación sexual en escuelas que en EU: especialista": Carolina Gómez Mena.
- La Jornada. 5-enero-05. "Infecciones de transmisión sexual, puerta de entrada al sida, advierte experto de la OPS". Carolina Gómez Mena
- La Jornada. 5-enero-05. "Llaman obispos a proteger la vida humana en todas sus manifestaciones". Alma E. Muñoz.
- La Jornada. 12-enero-05. "Niños de la calle, propensos a males de transmisión sexual". Alma E. Muñoz Rojas.
- La Jornada. 12-enero-05. "Niños de la calle, propensos a males de transmisión sexual". Alma E. Muñoz Rojas.
- La Jornada. 17-enero-05. "Crece número de mujeres que usan anticonceptivos". Carolina Gómez Mena
- La Jornada. 21-enero-05. "La postura en torno al condón no es monolítica en la Iglesia, destaca ONG". Laura Poy Solano.
- La Jornada. 15-febrero-05 "La violencia de pareja afecta a 20% de mujeres den México." Carolina Gómez Mena.
- La Jornada. 18-febrero-05. "Urgen ONG al gobierno a informar sobre avances en el caso de Provida". Carolina Gómez Mena.
- La Jornada. 3-marzo-05. "Organismos civiles promueven acciones a favor de los niños". Alma Muñoz.
- La Jornada. 3-marzo-05 "Excluye Inmujeres el aborto en texto para cumbre internacional. Carolina Gómez MENA
- La Jornada. 7-marzo-05. Karina Avilés. "Enfrentan maltrato 4 de cada 10 mujeres en estado de gravidez".



- La Jornada. 8-marzo-05 "Pírricos avances en salud, derechos y enseñanza para el sector femenino". Andrés Morales, Carlos Camacho, Rubén Villalpando, Antonio Heras y Erika Arriaga, corresponsables; Carolina Gómez y Laura Poy
- La Jornada. 8-marzo-05 . "De adolescentes, 22% de partos en el país: instituto de perinatología. Laura Poy Solano
- La Jornada. 8-marzo-05 "Se creará una red federal de hospitales de atención a la mujer, anuncia Fox". Rosa Elvira Vargas y Carolina Gómez.
- La Jornada. 14-marzo-2005. "Planificatel ha ofrecido un millón 178 mil asesorías".
- La Jornada. 19-mayo-2005. "ONG buscan financiamiento público en el Inmujeres.