



Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres Retos Legislativos

El Estado laico y la salud de las Mujeres

Agenda pendiente del Legislativo en materia de salud sexual y salud reproductiva

Mirada crítica al Programa Nacional de Salud 2007-2012

Presupuesto y Seguro Popular

Por una Maternidad Sin Riesgos en México

Las Mujeres Indígenas y la Muerte Materna

Mujeres y VIH/SIDA

Ante la emergencia para mejorar la Salud Sexual de Adolescentes Mexicanos

Derechos Sexuales y Reproductivos, Compromisos Internacionales

Directorio de especialistas

Coordinación Editorial

Erika Cervantes Pérez Comunicación e Información de la Mujer. (CIMAC)

Autoras

Lina Rosa Berrio. Kinal Antzetik Distrito Federal A.C.

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

Dra. María del Carmen Elu, Act. Elsa Santos Pruneda Secretariado Técnico del Comité Promotor Por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMSR)

Aidé García Católicas por el Derecho a Decidir, A. C.

María Luisa Sánchez, Martha Juárez Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)

Beatriz Mayén, Gabriela Rodríguez Afluentes S. C.

Pilar Muriedas Juárez Proyecto Monitoreo de Políticas Públicas vs Mortalidad Materna Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población-DF

Dra. Raffaella Schiavon Ermani, Mtra. Elsa A. Pérez Paredes IPAS, México

Axela Romero Cárdenas Salud Integral Para la Mujer (SIPAM)

Lorena Santos y Esperanza Delgado Mexfam A. C

Edición

Guadalupe Gómez Quintana.

Diseño

Purpura Creative Station

Ricardo Morales Pozos

contacto@purpurastation.com

www.purpurastation.com

Primera Edición

Coalición por la Salud de las Mujeres.

México, 2007

Derechos reservados

Coalición por la Salud de las Mujeres

Balderas 86, Col. Centro, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06050

México, D.F.

Agradecemos el apoyo brindado para la publicación de esta carpeta a la Fundación John D. and Catherine MacArthur, Mama Cash, Novid, Open Society Institute, Fondo de Población de las Naciones Unidas en México (UNFPA) e Indesol.



Presupuesto y Seguro Popular

Daniela Díaz
Fundar

Centro de Análisis e Investigación A.C.

Introducción

El Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) da cuenta de las prioridades en la agenda de la política pública y social de México y sus gobernantes

No obstante la modificación a la estructura presupuestal en el año 2004, al plasmar dichas prioridades hubo un retroceso. Situación que se vio agravada con la forma en que estructuralmente se incorporó el Sistema de Protección Social en Salud en el PEF: grandes montos de dinero.

Los esfuerzos conjuntos de las y los legisladores y de las organizaciones por desagregar el gasto, con el fin de darle un seguimiento a programas y acciones fundamentales en salud, tanto en el ámbito federal como estatal, y particularmente en salud sexual y reproductiva y equidad de género —y, en éstas, salud materna y mortalidad materna—, se vieron truncados con la mencionada modificación del PEF.

Un problema en salud complejo -sobre el cual hubo un esfuerzo importante e innovador para desagregar el gasto en los ramos 12 y 33- fue la atención en salud dirigida a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio (42 días posteriores al parto), con el fin último de utilizar el PEF como una herramienta real para disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

Inclusive, la discusión giraba en torno a incorporar indicadores de proceso a los documentos presupuestales. Por otro lado, la incidencia se comenzaba a desarrollar en el ámbito estatal, entendiendo el contexto determinante del federalismo en la entrega de los servicios de salud.

SALUD MATERNA, META DEL MILENIO

México es país firmante de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En los sucesivos informes de avance de las Metas, elaborados por el ámbito federal, se reconoce un atraso significativo en la de Mejorar la Salud Materna, de una razón de 89.0 en 1990, a una de 63.4 en el año 2005. La Meta del Milenio nacional al 2015 es 22.3..

Diagnóstico

Debido al rezago permanente, tanto para abatir la morbi-mortalidad materna como para mejorar sustancialmente la atención de la salud materna, existe un consenso en que son eventos en salud que deben estar incorporados en la agenda pública del sector.

Más aún, si el fallecimiento de mujeres por causas asociadas a la maternidad se concentra en mujeres pobres, sin seguridad social, en su gran mayoría adolescentes e indígenas, y habitantes de zonas de alta y muy alta marginación, en donde los servicios de salud están en un entorno y en situaciones paupérrimas.¹

Año	Número de defunciones	Razón de mortalidad materna*
2000	1,543	72.6
2001	1,476	70.8
2002	1,309	63.9
2003	1,313	65.2
2004	1,239	62.4
2005	1,242	63.4

Fuente: SSA, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, respuesta vía SISI, de la solicitud No. 0001200088006.

* Razón por 100,000 nacimientos estimados por el CONAPO. Para el cálculo de la mortalidad materna se tomaron los siguientes códigos de la CIE10: O00-O99, A34 y embarazadas con B20-B24. Excluye muertes maternas tardías (O96 y O97). Datos corregidos aplicando la metodología RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey), haciendo una búsqueda intencionada para determinar el número de muertes maternas y sus causas. Disponible en http://sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos/ibs_morta2000-2004.xls

SALUD Y JUSTICIA SOCIAL

Lo que realmente significan estos atrasos es el fallecimiento de mujeres pobres, por causas que con una oportuna y resolutiva atención en salud son evitables.

Es sólo desde esta perspectiva que se entiende que la muerte materna se sustenta en un profundo PROBLEMA DE INJUSTICIA SOCIAL

¹ Las desigualdades regionales son categóricas: "En 2005 la razón de mortalidad materna en Guerrero fue más del doble que el promedio nacional y casi cinco veces la cifra de Nuevo León"... "Guerrero, Chiapas, y Oaxaca suelen ubicarse todos los años entre las cinco entidades con mayor mortalidad materna." SSA, Salud México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas, p. 135.

Seguro Popular

La nueva Ley General de Salud, publicada en el 2003, establece el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), siendo el Seguro Popular (SP) su brazo operativo.

El Seguro Popular absorbió y pasó a ser la vía de asignación del gasto dirigido a la atención del embarazo parto y puerperio (e infantil). Tal es así que, para el año 2006, de los 2,413,400,000 de pesos asignados al programa Arranque Parejo en la Vida, el 94.6 por ciento de esos recursos —2,302,500,000 de pesos— se canalizaron a través del Seguro Popular.

Es decir, en términos presupuestales, la responsabilidad del diseño o etiquetación de presupuesto para acciones puntuales para disminuir la mortalidad materna queda bajo responsabilidad de los Servicios de Salud estatales. Este hecho resulta crucial, porque algunos sistemas de salud estatales han marginado el problema.¹

El Seguro Popular de Salud (SPS) es un esquema de **aseguramiento público y voluntario** que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que, por su condición laboral y socioeconómica, no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Cada año se pretende inscribir a un millón y medio de familias, hasta cumplir la meta de 10 millones de familias en 2010. Los recursos del SPS se componen de una cuota familiar anual (de acuerdo al ingreso familiar, las familias ubicadas en los tres primeros deciles y beneficiarias de Oportunidades no pagan), una cuota social aportada por el gobierno federal (equivalente al 15 por ciento de un salario mínimo para el DF, 2,574 pesos al año por familia), una aportación solidaria federal, también aportada por el gobierno federal (equivalente a 1.5 veces la cuota social, es decir 3,860 pesos al año por familia), y una aportación solidaria estatal, aportada por cada estado de la República (equivalente a la mitad de la cuota social, 1,287 pesos al año por familia).

Propuestas Plan Nacional de Salud 2007-2012

La asignación de la mayoría del Presupuesto Público en salud para población abierta a través del Seguro Popular es una transformación sustantiva que abre una serie de interrogantes, las cuales se relacionan con las propuestas hechas en los foros de consulta del PNS 2007-2012. Éstas son.

- El vacío existente entre programas y Presupuesto Público.
- La situación de la rectoría de la Secretaría de Salud ante problemas en salud de tipo sociales relativos a la pobreza y la inequidad de género.
- La atención en salud a poblaciones específicas.
- Efectivamente, el aumento del presupuesto con su referido mejoramiento de las condiciones de salud para población abierta a través de dicho gasto.
- Probidad, Transparencia y Rendición de Cuentas del Presupuesto Público asignado a través del Seguro Popular.

Agenda pendiente

Es básico establecer o crear mecanismos de rectoría y vigilancia, transparencia y rendición de cuentas, para que los recursos nuevos canalizados por el Seguro Popular efectivamente rompan con la inequidad en la distribución de los mismos y con la exclusión.

Negociación

- La competencia del Poder Legislativo para avanzar en la equidad en el acceso efectivo al derecho a la salud.
- La capacidad del Poder Legislativo en la Probidad, Transparencia y Rendición de Cuentas del Presupuesto Público asignado a través del Seguro Popular.
- Rendición de cuentas: dos elementos que se finquen en Decreto y el Presupuesto de Egresos de la Federación 2008.

DIFERENCIA ENTRE VIDA Y MUERTE

Aunque la morbilidad y la mortalidad materna responden a una serie de causas de responsabilidad multisectorial, es contundente la evidencia de que la calidad y capacidad resolutive en la atención de los servicios de salud es primordial, haciendo la diferencia entre la vida y la muerte o las morbilidades crónicas de una mujer.



¹ David M. Meléndez Navarro, "La muerte materna en Guerrero al margen de la respuesta gubernamental; el desafío para el Seguro Popular", en Daniela Díaz (coord.), Muerte materna y seguro popular, disponible en www.fundar.org.mx

Agenda pendiente del Legislativo en materia de salud sexual y salud reproductiva

MarthaMaría Juárez Perez y
MaríaLuisa Sánchez Fuentes
Grupo de Información en
Reproducción Elegida
GIRE

Introducción

El Estado mexicano ha suscrito diversos Tratados, Conferencias y Acuerdos internacionales² que lo obligan a brindar a sus ciudadanos un marco integral de derechos humanos y a ofrecer garantías de acceso a la salud integral, incluida la sexual y reproductiva.

Esos mismos instrumentos definen a la salud reproductiva como "Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos."³ Sin embargo en México es poco lo producido en este rubro⁴.

En la Cámara de Diputados, durante las últimas legislaturas fueron presentadas, mas no necesariamente aprobadas, iniciativas de ley relacionadas con temas diversos vinculados al avance de las mujeres. Sin embargo, particularmente en salud sexual y reproductiva, el Estado mexicano tiene una deuda pendiente que podría subsanarse a través del Poder Legislativo.

Las y los diputados podrían actualizar la legislación sanitaria federal, conforme a los estándares más altos de derechos humanos y atendiendo las recomendaciones hechas, entre otras, por el Comité de Expertas de la "Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) al gobierno mexicano en agosto de 2006, en las que lo instan a que amplíe la cobertura de los servicios de salud, en particular la atención de la salud reproductiva [...] y a que trate de eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres tengan acceso a esos servicios.⁵

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

Diagnóstico

En febrero de 2005, durante la LIX Legislatura, fue presentada una iniciativa de Ley que modifica y adiciona diversas disposiciones a la Ley General de Salud (LGS) en materia de salud sexual y reproductiva. Fue promovida por las entonces diputadas Martha Lucía Micher Camarena, del PRD y Diva Hadamira Gastellum, del PRI. El objeto de la iniciativa consiste en sustituir el Capítulo de Atención Materno Infantil por uno de Salud Sexual y Reproductiva.

Actualmente la LGS incluye la tácita caracterización de la mujer exclusivamente en su rol reproductivo, pues la única ocasión en que hace referencia expresa a la mujer es al regular la atención materno-infantil, señalando que ésta comprende, entre otras acciones: "la atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio". Es evidente que la problemática que presenta la salud reproductiva excede a la procreación.

Por ello, la propuesta de ley define a la salud sexual y reproductiva como materia de salubridad general y la misma categoría da a los servicios de planificación familiar y anticoncepción y a la salud de los niños y las niñas.

Indica que la atención de la salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario e incluye: la salud sexual, la salud materna-perinatal, la salud de las personas adolescentes, los servicios de planificación familiar y anticoncepción y la prevención, detección y tratamiento del cáncer de los órganos reproductivos.

La iniciativa propone que la legislación debe estar enfocada a satisfacer las necesidades particulares de los grupos poblacionales específicos por cuanto hace al género, la edad, la orientación sexual, por lo que debe garantizarse una provisión equitativa de los recursos y servicios de salud en la materia para coadyuvar en la creación de las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.⁶

Durante la LIX Legislatura, esta iniciativa fue dictaminada favorablemente por las Comisiones Unidas de Salud y Equidad y Género en diciembre de 2005 y presentada al pleno en la orden del día del 27 de abril de 2006. En esta LX Legislatura, el Dictamen citado se turnó a las mismas Comisiones para su revisión, únicamente en lo referente a técnica legislativa.

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

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

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

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

6 El Gobierno de México se comprometió a otorgar servicios de salud sexual y reproductiva, en concordancia, particularmente, con las Acciones 4 y 5 del Documento final de la Cumbre Mundial 2005 (UN 2005b) de las Metas del Milenio, cfr. Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas 2006. Opciones públicas, decisiones privadas: la salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio y Los objetivos de Desarrollo del Milenio en México: informe de avances 2005, p. 76.

Conclusiones

Esta propuesta de ley contempla un abanico amplio de temas vinculados a la salud reproductiva, por lo cual se espera que el Dictamen continúe el proceso legislativo correspondiente para lograr su pronta aprobación.

Mientras el marco jurídico de la salud sexual y reproductiva siga estando incompleto, la carencia contribuirá a que este aspecto de la salud de la población mexicana arrastre problemas como la falta de acceso y cobertura a educación sexual, a anticonceptivos, a abortos legales en condiciones seguras y a que mantenga los altos índices de morbilidad y mortalidad materna, embarazos adolescentes, entre otros problemas.

Agenda pendiente

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

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



Por una Maternidad Sin Riesgos en México

Dra. **María del Carmen Elu**
Act. **Elsa Santos Pruneda**
Secretariado Técnico del Comité Promotor
Por una Maternidad sin Riesgos en México
(CPMSR)

Introducción

La disminución de la mortalidad materna ha llegado a un punto de preocupante y grave estancamiento. Su persistencia responde a la pobreza, ancestral y sostenida, en la que viven amplios grupos de población, como los pueblos indígenas y los habitantes de muchas zonas rurales.

Las graves repercusiones de la pobreza en sus condiciones de vida, y por lo tanto, en las de salud de estas poblaciones, se incrementan por la carencia de acceso a servicios de salud de calidad.

En el caso de la Mortalidad Materna ello se potencia aún más por factores culturales de discriminación e inequidad de género, que mantienen a las mujeres fuera de los mecanismos de poder, conceden poca o nula importancia al cuidado de su salud y las conducen, fatalmente, a perder sus vidas durante los procesos reproductivos.

En la geografía nacional, el mapa de las muertes maternas coincide con el de la pobreza.

En el año 2006, la Razón de Mortalidad Materna de Guerrero fue superior al doble de la nacional y cuatro veces mayor a la de Nuevo León. La prevención de la Mortalidad Materna exige ocupar un lugar prioritario en las políticas públicas de nuestro país. Políticas que deben concretarse en programas específicamente diseñados a las condiciones de vida de las mujeres más vulnerables y disponer de los recursos necesarios para llevarlos a cabo.

Está mundialmente reconocido que la mayoría de las muertes maternas son evitables si se instrumentan las estrategias y acciones adecuadas.

Diagnóstico

Hasta 1993, la Mortalidad Materna permaneció oculta y ausente de los programas oficiales. En febrero de dicho año se llevó a cabo la Primera Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos en México, respondiendo a la Iniciativa lanzada a nivel internacional en 1987 (Nairobi, Kenia). Esta Conferencia es considerada un parteaguas en el ámbito de la mortalidad materna y de la salud reproductiva en nuestro país por cinco razones:

- El rescate del tema de la Mortalidad Materna y su abordaje desde una perspectiva multidisciplinaria.
- La pluralidad de sus participantes (legisladores, funcionarios, organismos no gubernamentales, grupos de mujeres de todo el país, investigadores sociales, periodistas y representantes de agencias internacionales de cooperación).
- El alto grado de interés despertado en todos ellos.
- El consenso unánime expresado en la "Declaración de México para una Maternidad sin Riesgos".
- La decisión de crear el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, lo que concretó el compromiso adquirido por nuestro país en la Conferencia Mundial de Nairobi y reconoció la clave función y el liderazgo de las Organizaciones Civiles en el desarrollo de la Iniciativa.

El CPMSR está formado por 32 miembros, incluidos representantes de nueve estados de la República.

Durante más de 14 años de continuo trabajo han sido muchas las actividades realizadas y promovidas por el CPMSR, entre ellas: 13 Conferencias Nacionales, Estatales y Municipales; 350 Coloquios y Talleres sobre aspectos esenciales vinculados con la Mortalidad Materna; Diseño e instrumentación de estrategias innovadoras para su prevención, como Puestos de Salud, Eventos de Socialización Comunitaria, Concursos y Festivales; y Elaboración-difusión de materiales, incluidas 30 publicaciones propias.

Todas sus actividades comparten la estratégica básica de facilitar el entendimiento y la cooperación entre organismos públicos y de la sociedad civil, particularmente grupos de mujeres, estrategia convertida en su sello distintivo a nivel nacional e internacional.

Logros del CPMSR.

- Sostener e incrementar la visibilidad de la mortalidad materna y haber influido en su reconocimiento como un problema de salud pública.
- Impulsar un movimiento de concientización hacia su prevención.
- Enriquecer los marcos conceptuales respecto al análisis multifactorial y el abatimiento de la Mortalidad Materna.
- Constituir una instancia crítica y propositiva ante consecutivas autoridades gubernamentales.
- Movilizar la voluntad política hacia la difusión de la información oficial y el mejoramiento del registro de las muertes maternas.
- Formar parte de grupos técnicos interinstitucionales.
- Crear puentes de diálogo, entendimiento y colaboración entre organismos públicos y de la sociedad civil.
- Ser reconocido como un interlocutor de experiencia y prestigio.
- Mantener su carácter plural, y de continuidad, permanencia y liderazgo.

Agenda pendiente

- Que se revise la Ley General de Salud (LGS) y, de ser necesario, se modifique para asegurar que responda a las necesidades y contexto de vida de las mujeres pertenecientes a los sectores más vulnerables de la población, a fin de contribuir al abatimiento de la Mortalidad Materna.
- Que en la LGS se incluya la obligatoriedad de todas las instituciones del Sector Salud de brindar atención a las mujeres con emergencias obstétricas, independientemente de ser o no derechohabientes.
- Que se propongan y aprueben disposiciones que garanticen una auténtica interculturalidad en el diseño e instrumentación de los programas orientados a prevenir la Mortalidad Materna en mujeres indígenas.
- Que se insista en el cumplimiento del Acuerdo del Consejo de Salubridad General en cuanto a la inmediata notificación de las muertes maternas.
- Que se expliciten el monto y la distribución de los recursos destinados al abatimiento de la Mortalidad Materna.
- Que se refuercen los mecanismos de interlocución del Poder Legislativo con las organizaciones civiles que trabajan en el ámbito de la Mortalidad Materna y la Maternidad sin Riesgos, a fin de aprovechar experiencias y potenciar esfuerzos.



Los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Compromisos Internacionales

PilarMuriedas Juárez
Proyecto: Monitoreo de Políticas Públicas
vs Mortalidad Materna
Foro de Mujeres y Políticas
de Población - DF

Introducción

Los Derechos Sexuales y Reproductivos son garantías que todas las personas debieran gozar. Éstos se basan en principios de dignidad e igualdad.

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

La difícil situación que enfrentan las mujeres en torno a su salud y al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos nos convoca a reiterar la urgencia de contar con una política de Estado que atienda los compromisos internacionales que México ha firmado. Su cabal cumplimiento llevaría –sin lugar a dudas– a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población mexicana, particularmente de las mujeres.

Diagnóstico

La vigencia de los derechos humanos es el marco jurídico internacional desde el cual se han ido construyendo los derechos de las mujeres y dentro de ellos, los derechos sexuales y reproductivos. Esto se ha reflejado en el trato que estos temas han tenido en diferentes conferencias internacionales.

- En la Primera Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos (Teherán, 1968), se reconoció por primera vez el derecho humano fundamental de las parejas a determinar libremente el número de sus hijas e hijos y los intervalos entre los nacimientos.
- Asimismo, en la Conferencia de Población de Bucarest (1974) se reconoció el derecho de las parejas e individuos a determinar el número de hijas e hijos y su espaciamiento, y se estableció el papel que debe desempeñar el Estado para garantizar estos derechos.
- Cabe destacar la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer (México, 1975), en la cual se reconoció el derecho a la integridad física de la mujer y a decidir sobre el propio cuerpo, incluyendo la maternidad opcional.
- Fue a partir de las conferencias internacionales que tuvieron lugar entre los años 1992-1996 cuando se dio verdadera relevancia a los derechos reproductivos de la mujer. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) establecieron que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para los derechos humanos y el desarrollo de las naciones.

En todas estas conferencias destaca la importante participación de las organizaciones civiles y redes internacionales feministas, en donde se ha logrado legitimar, ante los gobiernos y agencias multilaterales, sus aportes cognoscitivos y propuestas para impulsar y darle seguimiento a las estrategias planteadas sobre los derechos de las mujeres.

En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, 189 dirigentes del mundo, México incluido, acordaron una serie de metas y objetivos medibles y con plazos preestablecidos. Este pacto internacional ahora se conoce como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio se han convertido en el marco básico para la elaboración de estrategias de desarrollo. Nuestro país se comprometió a desarrollar planes de desarrollo basados en estos objetivos, a saber:

- 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre:
 - Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.
 - Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre.

2) Lograr la enseñanza primaria universal:

- Velar por que todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

3) Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer:

- Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para 2015.

4) Reducir la mortalidad infantil:

- Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años.

5) Mejorar la salud materna:

- Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.

6) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades:

- Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA.
- Detener y comenzar a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

7) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente:

- Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales; invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.
- Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable.
- Mejorar considerablemente la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios para el año 2020.

8) Fomentar una asociación mundial para el desarrollo:

- Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Ello incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional.
- Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Ello incluye el acceso libre de aranceles y cupos para las exportaciones de los países menos adelantados, el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial; y la concesión de una asistencia oficial para el desarrollo más generosa a los países que hayan mostrado su determinación de reducir la pobreza.

Agenda pendiente

Corresponde a todos los niveles: la federación, los estados y los municipios, así como a los tres poderes -Ejecutivo, Legislativo y Judicial- dar cabal cumplimiento a dichos acuerdos.

A las organizaciones civiles les atañe el control social, el seguimiento y exigencia de transparencia y rendición de cuentas del quehacer gubernamental en todos estos niveles.



El Estado laico y la salud de las Mujeres

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

Introducción

El carácter laico del Estado mexicano es la condición imprescindible para la protección de las garantías individuales y para el pleno ejercicio de la ciudadanía de las mujeres. Su preservación es la única que garantiza el acceso de las mujeres a la salud sexual y reproductiva como un derecho humano.

En un contexto de crecientes intentos hegemónicos por parte de representantes de los fundamentalismos de derecha, es indispensable que el Estado laico proteja los derechos humanos de las mujeres y que no admita ninguna imposición que los vulnere.

El Estado laico constituye el instrumento jurídico por excelencia para la defensa de nuestras libertades fundamentales. Al establecer una nítida separación entre las Iglesias y el Estado, se reconoce el derecho de todas las personas al respeto de su libertad de conciencia, posibilita la convivencia armónica de todas las convicciones religiosas, incluyendo el ateísmo y el agnosticismo.

Se garantiza así el respeto a la pluralidad religiosa y cultural; se impide la influencia de las creencias religiosas y la intervención de las iglesias en el diseño, elaboración e implementación de las políticas públicas, y viabiliza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas sin imposiciones de ninguna índole.

Los firmes pilares sobre los que se cimienta la posibilidad de ejercer los derechos humanos de las mujeres son: la histórica separación de las Iglesias y el Estado, que otorgan autonomía ciudadana; el principio de igualdad jurídica ante la ley que equipara en derecho; la libertad de creencias consagrada en el Artículo 24 Constitucional que reconoce autoridad moral; y la educación laica que equipara culturalmente a las mujeres.

Diagnóstico

De acuerdo con el Artículo 4º Constitucional "toda persona tiene derecho a la protección de la salud...". Sin embargo, la realidad de México muestra que, a pesar de los compromisos internacionales adquiridos, de los avances en las legislaciones y en los programas de gobierno, dicho derecho se encuentra alejado de la vida cotidiana de muchas mujeres, particularmente de las más pobres.

Aún cuando es necesario reconocer avances significativos, las desigualdades económicas y regionales impactan el acceso en igualdad de condiciones a la información y a los servicios necesarios para cuidar y proteger la salud.

En muchas zonas rurales e indígenas persiste la falta de información objetiva y completa sobre la gama de métodos anticonceptivos disponibles, incluyendo la anticoncepción de emergencia y el condón femenino, lo cual resalta las dificultades que se enfrentan para hacer valer el derecho a la salud.

MARGINACIÓN Y MUERTE MATERNA

En las regiones más marginadas, la falta de acceso a atención médica y la deficiente calidad en los servicios de salud han provocado que fallezcan cuatro mujeres al día por causas asociadas al embarazo y el parto¹; una de cada 10 mujeres indígenas que se embaraza fallece por complicaciones. El gobierno mexicano sigue reconociendo² que sólo el 40% de la población tiene acceso a la seguridad social; que de éstos, apenas el 40.7% son mujeres y que el 58% de la población es atendido por "instituciones aleatorias" que brindan servicios a costo de "recuperación", lo que casi es igual a decir que carecen de servicios.

1 Tercer Informe de Labores 2003-2004, Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), México, 2004. impreso.

2 INEGI, 2006, Informe Estadístico de Servicios de Salud en México además, en el informe 2005 de La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, se reconoce que hay 48 millones de mexicanos que no tienen cobertura de servicios de salud.

Por otra parte, desde el régimen pasado, las violaciones al carácter laico del Estado se han convertido en una expresión reiterativa del empeño de los sectores de ultraderecha de imponer su agenda moral conservadora, a través de la abierta oposición a políticas públicas y programas que promueven el uso de condones para prevenir la expansión del VIH/SIDA.

Se oponen también a la educación sexual para prevenir abusos sexuales, la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual ITS y el embarazo no deseado; al acceso de las mujeres a todos los métodos anticonceptivos y a la interrupción legal del embarazo.

La jerarquía conservadora de la Iglesia católica y sus voceros han obstaculizado el acceso real de mexicanas y mexicanos a la información y los servicios indispensables para cuidar y proteger su salud sexual y reproductiva.

Agenda pendiente

Por estas razones proponemos los siguientes temas como pendientes de la agenda legislativa:

- Reivindicar la laicidad como un acto de congruencia con la defensa de los intereses específicos y la libertad de conciencia de las mujeres, y exigir al Estado que enmarque sus políticas en función de la objetividad de criterios científicos y normas legales, y no desde el prejuicio y la subjetividad de sus creencias personales y religiosas, son tareas permanentes de la sociedad civil.
- Recomendar a legisladores y legisladoras que emprendan procesos de armonización legislativa, en los ámbitos federal y local, con los convenios internacionales y demás instrumentos de derechos humanos ratificados por México en materia de equidad de género, derecho a la salud y no discriminación.
- Aprobar la Iniciativa de Ley que modifica y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Salud Sexual y Reproductiva de la LIX Legislatura e introducir el concepto de la laicidad del Estado en el texto constitucional.

3 G. Vallejo, "Mujeres jóvenes en el mundo, más afectadas por discriminación y prejuicios en materia de educación sexual", CIMAC, México, 3 de abril de 2002 (www.cimac.org.mx).

4 Un estudio en Perú determinó que una de las principales causas de la maternidad adolescente es la violación: 90 por ciento de las madres entre 12 y 16 años atendidas en la Maternidad de Lima tuvo embarazos a consecuencia de violaciones, la mayoría de ellas perpetradas por familiares. Silvia Magally, CIMAC, México, 3 de abril de 2002 (www.cimac.org.mx). No debería sorprender que esta situación se presentara también en México.

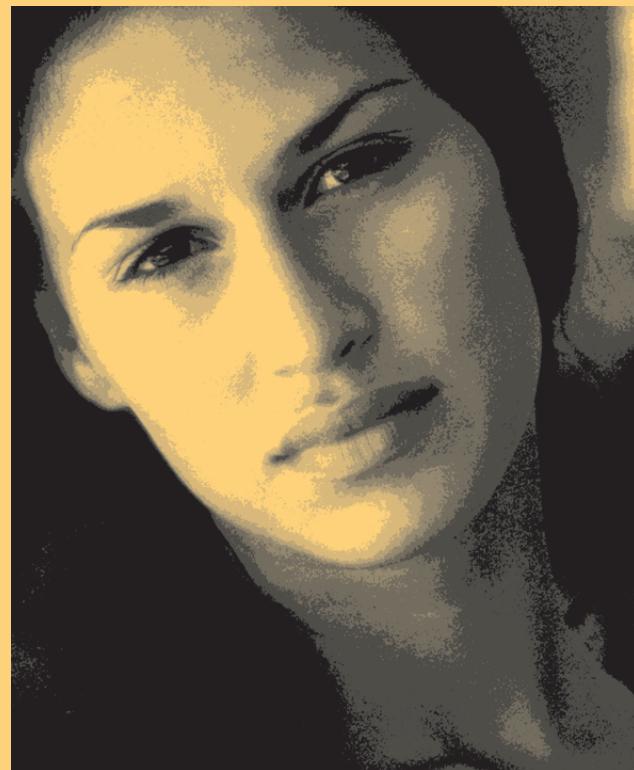
5 Doctor Marco Antonio Olaya, director de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, declaración de prensa Diario Monitor, 14 de febrero de 2007.

6 CENSIDA, Jorge Saavedra, director, en declaraciones a NoitiEse, 18 de mayo de 2007.

DELITOS SEXUALES, EMBARAZO ADOLESCENTE Y SALUD

En México, 50% de los delitos sexuales se comete en contra de niñas y mujeres adolescentes³ Por lo demás, existen estudios que demuestran que, después de la violación, el riesgo del embarazo no deseado y de contraer ITS/VIH es muy alto⁴

Aún hay más de 400 mil embarazos adolescentes por año, de los cuales el 80% son no deseados, y el 60% termina en abortos mal practicados, lo que produce un promedio de mil partos al día en mujeres menores de 18 años⁵. El 25% de infectadas por VIH-SIDA en México son mujeres⁶



Las Mujeres Indígenas y la Muerte Materna

Lina Rosa Berrio
Kinal Antzetik Distrito
Federal A.C.

Introducción

El estado de abandono que enfrentan los pueblos indígenas en nuestro país, y particularmente las mujeres, es una realidad innegable. La esperanza de vida para las poblaciones indígenas de Guerrero, Oaxaca y Chiapas es 10 años menor a la del resto del país, la tasa de analfabetismo entre las mujeres indígenas es de 42.2%, lo cual está muy por encima de la media nacional (27.3%) y duplica la de analfabetismo entre hombres indígenas que es del 24.6%.

La tasa de fecundidad, si bien se ha reducido considerablemente en los últimos años, sigue siendo más elevada entre la población indígena con 2.2 hijos respecto a 1.8 que es la media nacional. El monolingüismo femenino prácticamente duplica al de los varones pues encontramos 636.620 mujeres que sólo hablan su lengua materna, mientras el número de hombres indígenas monolingües es de 371.083¹.

En algunas regiones indígenas del país son las parteras quienes atienden mayoritariamente los partos frente a las dificultades que implica el acceso a un establecimiento de salud o la baja calidad de la atención cuando acuden a éstos.

SALUD DE MUJERES INDÍGENAS MEXICANAS

En materia de salud, la situación no es menos grave. El número de mujeres indígenas que fallecen por muerte materna triplica a la media nacional y son los estados con mayor población indígena donde se concentran las tasas más altas.

Los datos oficiales para el año 2005 señalaban que mientras la razón de mortalidad materna nacional fue de 63.4, Guerrero la duplicó con 128.2, seguida de Oaxaca con 95.1 y Chiapas con 88.3.

Las razones de estas elevadas tasas son múltiples: elevados costos de una intervención médica, lejanía de los servicios y las dificultades para acceder a un centro de salud, ausencia de vías de comunicación adecuadas, un servicio de baja calidad y poco sensible a las especificidades culturales y las prácticas en salud de las mujeres indígenas.

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

Diagnóstico

Las organizaciones de mujeres indígenas han señalado insistentemente la urgencia trabajar el tema de la calidad de los servicios, sus derechos como pacientes a un trato digno y sin discriminación por parte del personal de salud, así como la imperiosa necesidad de incorporar un enfoque de interculturalidad en salud el cual debe incluir, desde personal hablante de lenguas indígenas hasta el reconocimiento y la valoración a los sistemas de salud tradicionales de cada pueblo.

El Plan Nacional de salud 2007-2012

Tales preocupaciones fueron ampliamente señaladas en los foros de consulta previos al Plan Nacional de Salud, particularmente en el de Medicina Tradicional, y en otros espacios anteriores. Sin embargo, la estrategia aprobada en el Plan 1 para dar respuesta a las necesidades de este sector está basada en una lógica de focalización de la atención a los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, que no necesariamente se corresponde con los que presentan las tasas más altas de muerte materna.

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

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

Frente a esta realidad se han promovido espacios de interlocución entre el Ejecutivo, el Legislativo, los gobiernos estatales y las organizaciones de la sociedad civil. Particular importancia revisten los dos foros nacionales para prevenir la muerte materna en zonas indígenas, realizados en mayo y agosto de 2005 en Guerrero y Chiapas, respectivamente. Tales foros fueron convocados por las organizaciones, de manera conjunta con la Comisión de Equidad y Género del H. Congreso de la Unión.²

Agenda pendiente

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

² Las observaciones sobre el PRONASA 2007 – 20012 fueron realizados a partir de una versión preliminar del mismo dado que a la fecha aun no ha sido publicado oficialmente.



Mirada crítica al Programa Nacional de Salud 2007-2012

Dra. Raffaella Schiavon Ermani
Mtra. Elsa A. Pérez Paredes
IPAS, México

Introducción

Los contenidos de los objetivos y de las estrategias del Programa Nacional de Salud PRONASA 2007-2012 exponen la visión rectora actual del Estado acerca de las políticas de salud en el país. En la redacción de sus objetivos, identificamos algunos alertas que exponemos por su importancia en la construcción de las políticas públicas y el papel activo del legislativo en la formulación, instrumentalización, evaluación y presupuestación¹ de éstas.

- La invisibilización de la salud pública como un elemento transversal.
- La ausencia de una propuesta de política pública integral basada en los derechos, en un enfoque de género y en la participación de las mujeres.
- En la conceptualización de los grupos “vulnerables y marginales”, no se alcanzan a distinguir si son considerados como sujetos sociales, corriendo el riesgo de que de la estigmatización se pase a la marginalización.
- La focalización como una estrategia que obstaculiza la cobertura amplia de los servicios de salud.

En dos de los objetivos se plantea: evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud y garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza. La correlación entre el empobrecimiento y la salud, más que como objetivo, debería plantearse como consecuencia de la falta de atención a la salud. El enfoque debería ser en el acceso amplio a la salud y no en el efecto que enfermarse tiene en la economía familiar.

Se menciona que dichos objetivos se podrán cumplir si se consideran: la rectoría efectiva del sector, la generación de recursos y el financiamiento, mostrando este último elemento como clave en el éxito del funcionamiento del sector salud, sin una explicación clara de cómo lograrlo.

Diagnóstico

Enfoque de las estrategias del PRONASA 2007-2012

Las estrategias se orientan a un enfoque general de “nueva gestión pública”; muchas de éstas se refieren a fortalecer procesos de funcionamiento, de calidad, modernización y mejora, con énfasis en indicadores de procesos más que en indicadores de impacto del Sistema Nacional de Salud.

La propuesta de desarrollo organizativo se inclina por la prestación de servicios y de infraestructura: una muestra de ello es la iniciativa de una Ley de Planeación de Infraestructura Física del Sector Salud. Sin embargo, no se expone de manera detallada y clara, los mecanismos de participación ciudadana, de coordinación interinstitucional y de implementación de los programas en las entidades federativas, aún cuando se enuncian en la Estrategia 5.5.

En los contenidos de las estrategias, notamos en el documento una falta de visión de justicia social, del derecho a la salud como derecho humano y de equidad de género de manera transversal.

¹ La Secretaría de Salud sufrió un recorte de su presupuesto etiquetado de 4.6% del Presupuesto de Egresos PEF 2006 al PEF 2007. (2007) Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres. Análisis del Gasto Etiquetado para Mujeres y para Promover la Equidad de Género en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2007, LX Legislatura de la Cámara de Diputados, junio de 2007.

Concordancia entre Plan Nacional de Desarrollo-PND y del PRONASA 2007-2012

Observamos una contradicción importante entre el PND y el PRONASA en lo que se refiere a respuestas trascendentes para con la salud reproductiva.

La Estrategia 6 del borrador PRONASA, no menciona la transición epidemiológica ni sobretodo, los rezagos en salud, corriendo el riesgo de invisibilizar los eventos en salud, provocados por el marginación y la pobreza como: las muertes maternas-incluyendo aquellas por abortos inseguros-, fecundidad adolescente, el cáncer cérvico uterino, la demanda insatisfecha de métodos de anticonceptivos modernos² y la violencia familiar, sexual y de género.

Paralelamente, aún cuando el PND³ expuso claramente en la Estrategia 6.1 "Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como (...) otras enfermedades asociadas al rezago social" y dentro del apartado de Salud Sexual y Reproductiva, se reconoció que los "abortos provocados⁴ constituyen un factor de riesgo importante que puede menoscabar la salud de la mujer", este problema de salud pública quedó sin abordarse en el PRONASA en ningún apartado.

Discusiones internacionales

Dentro de los contenidos de sus estrategias, no se incorporan las discusiones nodales que se están dando en agencias internacionales como la Organización Mundial de Salud, como lo son:

- a) La identificación de las mejores prácticas
- b) La identificación de las necesidades críticas de formación en recursos humanos médicos
- c) El establecimiento de políticas farmacéuticas para acceso universal a los medicamentos esenciales.
- d) El impulso de políticas basadas en evidencia.
- e) Una visión de Estado que establezca un claro balance entre acciones de prevención, de atención primaria y de atención a las enfermedades catastróficas.
- f) El alineamiento de las políticas de salud con los compromisos internacionales asumidos en México (Este sexenio prácticamente cierra el tiempo límite para alcanzarlos).

ESTRATEGIA 6 DEL PRONASA

Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud.



Agenda pendiente

Algunos de los puntos prioritarios que la agenda legislativa tendría que considerar son:

- La permanencia y fortalecimiento del Centro Nacional de Equidad Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.
- La publicación e implementación de la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.
- Las políticas públicas con asignación presupuestal que fortalezcan las acciones por disminuir la mortalidad y morbilidad materna y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos desde un marco conceptual de derechos humanos, género, interculturalidad, laicidad del Estado y desarrollo de la ciencia.
- Fortalecimiento y asignación presupuestal para el fortalecimiento de las estrategias sectoriales contra la violencia de género, acompañado de un marco legislativo armonizado en lo federal y estatal.
- La continuidad y aplicación del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual implementado por la Secretaría de Salud.

2 Según el Consejo Nacional de Población, el 25 por ciento de las mujeres unidas entre 15 a 24 años de edad reportaron una insatisfacción a su demanda de métodos anticonceptivos modernos, en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica del 2006, sin considerar mujeres no unidas y menores de 15 años. CONAPO, La política nacional de población. Seis años de trabajo 2001-2006, México, 2006, p. 20.

3 Publicado en el Diario Oficial, el 31 de mayo del 2007. Ver página 170.

4 El aborto es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en México. El aborto es la quinta causa de muerte materna: 7% del total. Ipas, México (2007). La Secretaría de Salud reportó en el 2004 un total de 168 989 abortos en el sector salud. SALUD/Dirección General de Información en Salud, Boletín de Información Estadística, N° 24, Vol. III (Servicios otorgados y programas sustantivos), México, 2004, p. 131.

En el 2005, el aborto (sin especificación de espontáneos o inducidos) fue la segunda causa de egresos hospitalarios en las mujeres entre 15 y 24 años y la tercera en las mujeres entre 25 a 29. SALUD, Informe Nacional sobre Violencia y Salud, México, 2006, p. 59. Un análisis reciente de la tasa de hospitalización (2001-2005) por atención del aborto, en mujeres entre 10 y 54 años de instituciones públicas de salud, demuestra que la tasa de hospitalización por aborto por 1000 mujeres (entre 10 y 54 años) ha ido en leve pero constante aumento. 2001 (tasa de egresos 4.62) 2005 (tasa de egresos 4.75) Ipas, México (2007).

Mujeres y VIH/SIDA

Lic. Axela Romero Cárdenas
Directora General de Salud Integral
Para la Mujer (SIPAM)

Introducción

Trascurridos dos decenios de iniciada la pandemia, 20 millones de personas han fallecido de SIDA. Pese a las actividades de prevención, cada año se registran en promedio 5 millones de nuevas infecciones y prevalece el consenso en que la pandemia está causando un retroceso en el desarrollo de las naciones.¹

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que en el 2006 había en el mundo 39.5 millones (34.1 – 47.1 millones) de personas viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). En ese mismo año se registraron 4.3 millones (3.6 – 6.6 millones) de nuevas infecciones, de las cuales, el 67% corresponde a jóvenes entre 15 a 24 años que viven en países en desarrollo. En el ámbito mundial las mujeres jóvenes constituyen el 64% de los nuevos casos de VIH.

Para el 2006, las mujeres que viven con VIH sumaron 17.7 millones (15.1 – 20.9 millones), casi la mitad de los adultos infectados. En 1997, las mujeres sólo representaban el 41% en este rubro; es decir, en la última década las mujeres se han convertido en la población con mayor riesgo de infectarse por el VIH/SIDA² y a sufrir discriminación.

Diagnóstico

En México, el perfil femenino de la pandemia fue recientemente admitido dada la escasa información y un sub registro³ reconocido por las autoridades sanitarias⁴. Es un hecho, en México prevalece una tendencia hacia la “feminización de la pandemia”

Datos del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) reportaron el primer caso en mujeres con VIH en 1985. Para 1987 había 23 casos de hombres con SIDA por cada caso femenino.⁵ Y hoy la media nacional son 5 hombres infectados por cada mujer, exceptuando las entidades de Hidalgo, Puebla, Tlaxcala y Morelos en donde la razón es de 3 a 1.⁶

Situaciones como la migración⁷ y la violencia de género⁸ agravan la problemática del contagio por VIH en mujeres. Solo basta mencionar que en México entre una quinta parte y la mitad de las mujeres indican que su primer relación sexual fue forzada y sin protección.

Otra vertiente de la problemática la constituye las mujeres a quienes, de acuerdo al mandato social, se les atribuye la responsabilidad del cuidado de la salud de sus familias.

1 UNFPA, Estado de Población Mundial 2004: El Consenso de Cairo diez años después: Población, Salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. www.unfpa.org

2 Herrera, Cristina; Campero, Lourdes y Villa, Laura. Las ONG y su trabajo en Mujeres y VIH-SIDA. “Se puede afirmar que la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH-SIDA tiene varias formas: la biológica, la epidemiológica y la social. Desde el punto de vista biológico, porque las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables a la infección por el VIH que los hombres, porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales, y porque las infecciones de transmisión sexual (ITS) son frecuentemente más asintomáticas y no tratadas en las mujeres que en los hombres, lo que debilita la mucosa vaginal y permite la entrada del virus. Este riesgo es mayor en niñas y adolescentes, pues sus genitales aun no han madurado, lo que impide que la mucosa funcione como una barrera efectiva contra agentes patógenos, en este caso el VIH.”

3 CENSIDA. “Dos Décadas de la Epidemia del SIDA en México”. Cifras al 15 de noviembre del 2004. www.salud.gob.mx/conasida “En México, el número de personas registradas acumuladas con SIDA es de 98 mil 933. Sin embargo, autoridades reconocen que debido a la existencia de un subregistro, así como por el retraso en la notificación, el número estimado es muy superior, de ahí que calculan que son alrededor de 182 mil las personas que viven con el VIH.”

4 Gobierno de la República. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avance 2005, abril del 2005, p. 80. “El hecho de que en México la transmisión del SIDA originada por vía sanguínea sea del 6.9% es una señal importante de acciones eficaces por parte de las autoridades sanitarias en el manejo de la sangre. Lo mismo parece ocurrir con la transmisión vía perinatal, que representa el 1.9% del total de los casos acumulados registrados; sin embargo, existen dudas respecto a esta cifra dada la falta de políticas de prevención y atención hacia las mujeres, por lo que podría haber un muy alto subregistro.”

5 Uribe-Zúñiga P, et. al., “Situación de la mujer mexicana frente a la infección por VIH/SIDA”, en: Rico B. et al. Eds. Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina. Una agenda de investigación-acción, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México, 1997.

6 INEGI. Indicadores Seleccionados de Casos nuevos de SIDA por año de Diagnóstico 1983 a 2003. CENSIDA Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA al 15 de noviembre del 2005: Hombres 82 mil 382 (83.30%); Mujeres 16 mil 551 (16.70%); Total 98 mil 933. La información por edad no permite identificar el rango de edad por sexo. www.salud.gob.mx/conasida, www.inegi.gob.mx

7 Bronfam, M, y Ramírez, M. “La Relación migración - SIDA en las Conferencias Internacionales sobre el SIDA 1988 – 1992”, en Acción en SIDA, enero marzo 1993. “Desde el comienzo de la epidemia, el SIDA ha estado asociado a los movimientos poblacionales. Su diseminación a través de los diferentes países ha sido ligada con frecuencia a los viajes internacionales y, especialmente, a las migraciones laborales. En el caso de México, que comparte una extensa frontera con los Estados Unidos de Norteamérica, el país que tiene la mayor cantidad de casos de SIDA en el mundo y una de las tasas más altas, los flujos migratorios son en su mayoría compuestos por hombres solos en edad activa laboral y sexual, que los expone a la

Crecientemente se observan estragos en la salud y el nivel de vida de las mujeres que cuidan y aman a otras personas que viven con el VIH/SIDA.

Sin embargo, el Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSI-DA) no tiene estrategias específicas con un enfoque multisectorial¹⁰ ni para la prevención ni para la atención de las mujeres.

Por su parte, las metas del Programa Nacional de Salud 2007-2012 no presentan una articulación consistente con lo recomendado por los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

No existe meta para incorporar el enfoque de los Derechos Sexuales y Reproductivos en los servicios de salud públicos; ni existe una clara relación entre los programas de planificación familiar y la prevención de VIH/SIDA/ITS.

De hecho, se carece de una meta para promover el uso del condón entre las mujeres adultas y con parejas estables. Y las acciones de atención se centran en la prevención del contagio perinatal y detección de ITS-VIH, sólo relacionadas con los procesos reproductivos de las mujeres.

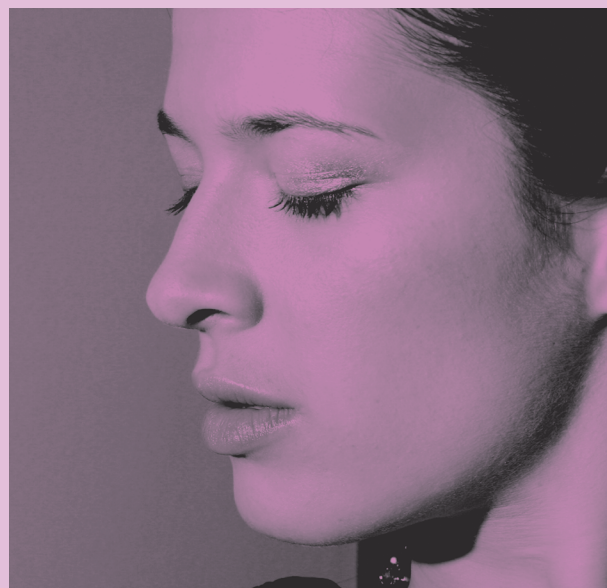
VIH Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

La infección por VIH está íntimamente ligada al ejercicio de la sexualidad⁹, por lo que los programas preventivos deben incorporar la perspectiva de género y el enfoque de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Ello garantizaría que se consideraran, en conjunto, las restricciones que viven cotidianamente las mujeres en los ámbitos social, económico y cultural, pues son de hecho estas restricciones las que generan un contexto de desventaja y riesgo.

Asimismo, la omisión o la insuficiencia de acciones de gobierno destinadas a atender integralmente las necesidades de aquellas que actualmente viven con el VIH o que han desarrollado el SIDA constituye una violación a sus Derechos Humanos.

Agenda pendiente

- Es fundamental la incorporación de la perspectiva de género y el enfoque de los Derechos Sexuales y Reproductivos en la acción Estatal de respuesta al VIH/SIDA, que garantice la responsabilidad de los poderes frente al Derecho a la salud de las mujeres afectadas y que viven con VIH, y que genere en ellas los poderes y habilidades frente a sus procesos vitales y la propia salud.
- Imprescindible es garantizar mecanismos que favorezcan la organización de las mujeres, su participación y su gestión frente a los servicios de salud públicos.
- También imprescindible es garantizar recursos suficientes y etiquetados para programas públicos de prevención y atención al VIH, destinados específicamente a mujeres, que atiendan a la condición de género, fundamentados en los avances científicos y que fortalezcan la acción laica de las instancias públicas.
- Inaplazable es la homologación de la Legislación federal con los Instrumentos Internacionales firmados por México, como la Declaración de la Asamblea Extraordinaria de Naciones Unidas sobre el SIDA (UNGASS); la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, de el Cairo; la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, de Beijín, y el Protocolo Facultativo de la Convención Internacional para Eliminar todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), que faciliten el marco jurídico de la acción del gobierno para articular eficazmente la respuesta contra el VIH/SIDA en nuestro país.



experimentación de prácticas sexuales que implican un mayor riesgo para la adquisición del VIH. Ello confirma que son el vehículo que explica el incremento constante de casos de SIDA en el ámbito rural de nuestro país.

En la frontera sur se presenta un escenario diferente pero igualmente de alto riesgo para la diseminación del VIH; pues son (regiones) utilizadas por cientos de mujeres migrantes centro-americanas como zonas de tránsito en las que permanecen un promedio de tres meses con el objeto de encontrar fondos suficientes y hallar el contacto para trasladarse a los Estados Unidos de América, su destino final. Esta transitoriedad ha dado lugar a una forma de comercio sexual eventual, lo que significa que la prostitución no es necesariamente una actividad profesional en la vida de estas mujeres y por lo tanto que la prevención del VIH/SIDA y del resto de las enfermedades de transmisión sexual es extremadamente pobre.

8 OPS. La violencia de género y el VIH, www.paho.org "Las interacciones entre el VIH/SIDA y violencia de género son numerosas y tienen consecuencias graves para la salud y el desarrollo humano, particularmente de las mujeres adultas, adolescentes y niñas. Diversas investigaciones han mostrado una relación positiva entre las experiencias de violencia sexual y doméstica y la infección por VIH/SIDA. Asimismo, algunos estudios relevan un incremento de la violencia en la vida de las personas VIH positivas, particularmente las mujeres, asociado a su condición de infectadas. Las vulnerabilidades que se relacionan con la infección por VIH/SIDA y los episodios de violencia en la vida de las mujeres están vinculadas con la falta de empoderamiento de las mujeres. El factor clave para lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio # 6 sobre la reducción de la propagación del VIH/SIDA es la promoción de la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer (ODM #3)."

9 El SIDA en cifras, 2006, Documento retomado en www.censida.gob.mx. La transmisión sexual ha sido la causante del 92.2% de los casos acumulados de SIDA en México, de los cuales el 47-7% corresponden a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y el 44.5% a heterosexuales. El 5.3% a la vía sanguínea. La transmisión perinatal representa el 2.2% del total de casos.

10 Informe para la Asamblea Extraordinaria de Naciones Unidas sobre el SIDA (UNGASS).

Ante la emergencia para mejorar la Salud Sexual de adolescentes mexicanos

Beatriz Mayén,
Gabriela Rodríguez,
Lorena Santos
y Esperanza Delgado
Afluentes S. C. / Mexfam A. C.

Introducción

La presencia mayoritaria de jóvenes en el mundo y en México muestra la urgencia de dirigir mayores esfuerzos y recursos de los Estados para garantizar su bienestar y aprovechar esa gran fuerza laboral para superar las desigualdades y la dependencia económica de los países en desarrollo.

Las recientes transformaciones han agudizado la desigualdad y la pobreza de más de 21 millones de mexicanas y mexicanos que tienen entre 10 y 19 años de edad. La falta de acceso a la educación, a fuentes de empleo y a servicios de salud, lejos de facilitar el bienestar social, han ensombrecido esta etapa clave en el desarrollo de las personas.

La permanencia en la escuela después de la secundaria muestra un descenso significativo: solamente la mitad continúa estudiando después de los 16 años, y una quinta parte hasta los 20 años¹. La incorporación al mercado laboral sucede a edades tempranas para poco menos de la mitad de quienes tienen entre 15 y 19 años.

Casi el 70 por ciento de los 10 millones que han emigrado a los Estados Unidos son jóvenes.

Diagnóstico

Los comportamientos sexuales y reproductivos expresan también esas desigualdades sociales. Algunos hallazgos destacan que cada vez más adolescentes inician su vida sexual a edades más tempranas: en 1995, las mujeres de 15 a 19 años iniciaron sus relaciones sexuales a los 17.2 años; en 2003 hubo un descenso de inicio a los 15.8 años, estabilizándose en 2006 a 15.9 años, de acuerdo a lo reportado por el ENADID.

Muchas de estas jóvenes pertenecen a los estratos más precarios. Casi la mitad de quienes se inician en la adolescencia son jóvenes sin escuela y el 20 por ciento no ha completado la secundaria.

Una quinta parte de las mujeres jóvenes que se convierten en madres antes de los 19 años vienen de los más bajos estratos y solamente un 5 por ciento de los altos. Según el Informe de Salud 2001-2005, más de la mitad de los embarazos anuales terminan en aborto inducido².

La mortalidad materna, que ocurre por embarazo, parto o aborto, es tres veces mayor entre las mujeres indígenas. Otro problema que agrava las condiciones de adolescentes es que existen demandas en curso sobre abusos sexuales y violaciones a menores de edad y su encubrimiento por parte de gobernadores, jefes del clero y líderes de círculos empresariales.

En cuanto al acceso de métodos anticonceptivos, a pesar de que las y los adolescentes dicen conocer medidas anticonceptivas, esto no garantiza su uso, involucra otros factores. El Consejo Nacional de Población (Conapo) documenta un descenso en el uso de anticonceptivos en los últimos años.

Porcentaje de adolescentes usuarias de métodos anticonceptivos 1997-2006

Edad	1997	2000	2003	2004
15 a 19 años	45.0%	42.9%	45.3%	39.4%

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997, ENSA 2000, ENSAR 2003 y ENADID 2006.

1 Conapo, La situación demográfica de México, 2006.

2 Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas, Primera edición, 2006, D.R. © Secretaría de Salud, Lijera 7, Col. Juárez, 06696 México, D.F.

El tema es complejo: que las y los adolescentes incorporen medidas anticonceptivas va más allá de tener información oportuna, es necesario se vincule con el descubrimiento de la capacidad reproductiva y sexual de las y los jóvenes.

En etapa de ensayo I y de construcción de la identidad sexual, las medidas preventivas y educativas se orientarán a la prevención de embarazos no planeados infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, violencia sexual y homofobia.

A ello se suma la dificultad de los adultos --sean padres y madres de familia, maestros y prestadores de servicios de salud-- para reconocer la libertad de conciencia de las y los adolescentes y la autonomía en la toma de decisiones en el ejercicio de sus derechos.

Agenda pendiente

En este escenario, se hace urgente la atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, no solo por la magnitud del grupo poblacional, sino por la demanda de servicios oportunos y la asignación de recursos que den respuesta al rezago social y sus necesidades más apremiantes.

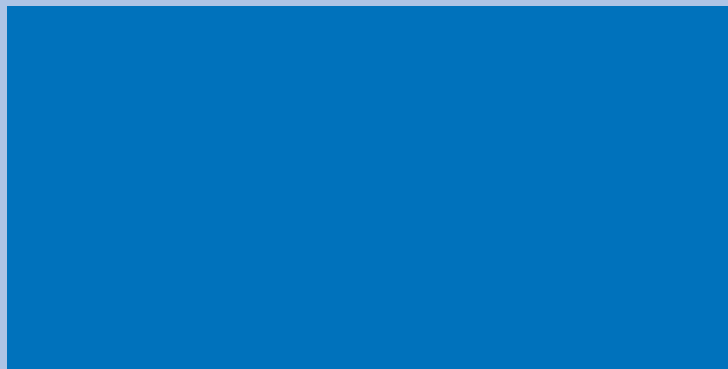
Es fundamental una revisión de las políticas y programas, para que tengan mayor congruencia entre las necesidades de la diversidad de la población y la asignación de presupuesto como medidas efectivas para garantizar la atención del Estado a las y los adolescentes.

El diseño y ejecución de políticas públicas articuladas entre las instituciones públicas y con la participación de las OSC, que permitan proveer servicios de educación sexual y servicios de salud para el cuidado de la salud sexual y reproductiva para adolescentes.

El derecho a la información, a la educación sexual y al cuidado de la salud sexual y reproductiva son las garantías insoslayables que el Estado mexicano protege en la Carta Magna y en los pactos internacionales signados por México:

- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- El Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
- La Convención Internacional para Eliminar todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979).
- La Convención de los Derechos de la Niñez (1989).

Dichos compromisos tienen que reflejarse en las legislaciones y en las asignaciones de presupuesto.



Directorio de especialistas

Mayén Hernández Beatriz.

Afluentes S.C.

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

Rodríguez Ramírez Gabriela.

Afluentes S.C.

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

García Hernández, Aidé

Católicas por el Derecho a Decidir A.C.

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

Mtra. Mejía María Consuelo

Directora Católicas por el Derecho a Decidir A.C.

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

Plácido, Elizabeth C.

Católicas por el Derecho a Decidir A.C.

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

Lagunes Huerta, Lucía

Secretaria Ejecutiva Comunicación e Información de la Mujer A.C.

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

Cervantes Pérez, Erika

Comunicación e Información de la Mujer A.C.

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

Cuevas Ortiz Lydia Daptnhe.

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

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

Yllescas Hernández Patricia L.

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

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

Elu, Maricarmen

Comité por una Maternidad sin riesgos.

Temas que investiga: Maternidad sin riesgos y derechos sexuales y reproductivos.
Teléfono oficina: 5273 4319
Dirección: Calle Nueve No. 88. Col. San Pedro de los Pinos. Del. Benito Juárez.
E-mail: carmenelu@yahoo.com.mx

Santos Pruneda, Elsa

Comité por una Maternidad sin riesgos

Temas que investiga: Maternidad sin riesgos y derechos sexuales y reproductivos, Políticas Publicas en Salud.
Teléfono oficina: 5273 4319
Dirección: Calle Nueve No. 88. Col. San Pedro de los Pinos. Del. Benito Juárez.
E-mail: santos_pruneda@hotmail.com

Muriedas, Pilar

Foro de Mujeres y Políticas de Población DF

Temas que investiga: Políticas públicas en salud, derechos sexuales y reproductivos.
Teléfono Oficina: 55 39 87 03.
Dirección:
E-mail: pmuriedas@hotmail.com

Díaz Echeverría, Daniela Francisca

Fundar Centro de Análisis en Investigación A.C.

Temas que investiga: Presupuesto público, Seguro Popular y Mortalidad Materna.
Teléfono Oficina: 56810855 ext. 215 y 55952643 ext. 215.
Dirección: Popotla 96-5 Col. Tizapán, San Ángel, Del. Álvaro Obregón, C.P.01090, México, D.F.
E-mail: genero@fundar.org.mx

Ortiz Masso, Melissa

Fundar Centro de Análisis en Investigación A.C.

Temas que investiga: Legislación en equidad y género, Monitoreo Comisión de Equidad y Género, Cámara de Diputados.
Teléfono Oficina: 55952643 ext. 215.
Dirección: Popotla 96-5 Col. Tizapán, San Ángel, Del. Álvaro Obregón, C.P.01090, México, D.F.
E-mail: melissa@fundar.org.mx

Pulido Miguel

Fundar Centro de Análisis en Investigación A.C.

Temas que investiga: Transparencia y acceso a la información, Derechos Humanos.
Teléfono Oficina: 55952643 ext. 214.
Dirección: Popotla 96-5 Col. Tizapán, San Ángel, Del. Álvaro Obregón, C.P.01090, México, D.F.
E-mail: miguel@fundar.org.mx

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

Temas que investiga: Derechos reproductivos, salud sexual y reproductiva, incluido el aborto.
Teléfonos: 5658 6645 y 5658 6684
Dirección: Viena 160, del Carmen, Coyoacán, México, DF.
E-mail: gaviero@gire.org.mx y maluisasf@gire.org.mx

Juárez, Martha
Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)

Temas que investiga: Derechos reproductivos, salud sexual y reproductiva, incluido el aborto.
Teléfonos: 5658 6645 y 5658 6684
Dirección: Viena 160, del Carmen, Coyoacán, México, Distrito Federal
E-mail: gaviero@gire.org.mx y maluisasf@gire.org.mx

Pérez Paredes, Elsa Antonia
Ipas, México.

Temas que investiga: Políticas Públicas con perspectiva de género y desarrollo.
Teléfono Oficina: 11076969 ext. 110.
Dirección: Concepción Béistegui 106, Col. Del Valle, C.P. 03100, México, D.F.
E-mail: perez@ ipas.org

Ramírez Sánchez, Rubén
Ipas, México.

Temas que investiga: Salud sexual y reproductiva, derechos humanos, sexuales y reproductivos, aborto, capacitación, trabajo con facultades de medicina.
Teléfono Oficina: 11076969 ext. 111.
Dirección: Concepción Béistegui 106, Col. Del Valle, C.P. 03100, México, D.F.
E-mail: ramirezr@ipas.org

Collado Miranda, Ma. Elena
Ipas, México.

Temas que investiga: Desarrollo de proyectos en general, salud sexual y reproductiva, adolescentes y jóvenes, comunidades.
Teléfono Oficina: 11076969 ext. 108.
Dirección: Concepción Béistegui 106, Col. Del Valle, C.P. 03100, México, D.F.
E-mail: colladom@ipas.org

Ramos Carrillo, Celia
Ipas, México.

Temas que investiga: Atención a la violencia sexual, salud sexual y reproductiva, capacitación.
Teléfono Oficina: 11076969 ext. 112.
Dirección: Concepción Beistegui 106, Col. Del Valle, C.P. 03100, México, D.F.
E-mail: ramosc@ipas.org

Schiavon Ermani, Rafaela
Ipas, México.

Temas que investiga: Salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, aborto, anticoncepción de emergencia.
Teléfono Oficina: 11076969 ext. 107.
Dirección: Concepción Beistegui 106, Col. Del Valle, C.P. 03100, México, D.F.
E-mail: schiavonr@ipas.org

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

Temas que investiga: Mortalidad materna y derechos sexuales y reproductivos en las comunidades indígenas, transformación de conflictos, políticas públicas en salud en Chiapas, Guerrero y Oaxaca.
Teléfono Oficina: 55394377
Dirección: Calle San Simón # 82 departamento 306, Col. San Simón, Del. Benito Juárez, C.P., México, D.F.
E-mail: kinaldf@yahoo.com.mx, palomora@laneta.apc.org

Berrio, Lina Rosa
K'inal Antzetik D.F. A.C.

Temas que investiga: Mortalidad materna y derechos sexuales y reproductivos en las comunidades indígenas, liderazgo de mujeres indígenas.
Teléfono Oficina: 55394377
Dirección: Calle San Simón # 82 departamento 306, Col. San Simón, Del. Benito Juárez, C.P., México, D.F.
E-mail: kinaldf@yahoo.com.mx

Tiburcio Cayetano, Hermelinda.
K'inal Antzetik D.F. A.C.

Temas que investiga: Mortalidad materna y derechos sexuales y reproductivos en las comunidades indígenas, liderazgo de mujeres indígenas y procesos organizativos entre mujeres indígenas de Guerrero.
Teléfono casa: 017474801042
Teléfono celular: 0457474591828
Dirección: Calle San Simón # 82 departamento 306, Col. San Simón, Del. Benito Juárez, C.P., México, D.F.
E-mail: hermelindayolo@hotmail.com

Ichin Santiesteban, Merit.
K'inal Antzetik D.F. A.C.

Temas que investiga: Mortalidad materna y derechos sexuales y reproductivos entre mujeres indígenas de Chiapas.
Teléfono celular: 0459671144711
Dirección: Calle San Simón # 82 departamento 306, Col. San Simón, Del. Benito Juárez, C.P., México, D.F.
E-mail: bruja_04@yahoo.com.mx

Santos Zárate, Lorena Eutiquia
MexFam A.C.

Temas que investiga: Jóvenes, discapacidad y diversidad sexual (SSR)
Teléfono Oficina: 54870030, ext. 276.
Dirección: Juárez 208, Col. Tlalpan, Del. Tlalpan, C.P. 14000, México, D.F.
E-mail: lsantos@mexfam.org.mx

Díaz Sánchez, José Vicente
MexFam A.C.

Temas que investiga: Jóvenes y salud, sexual y reproductiva.
Teléfono Oficina: 54870030.
Dirección: Juárez 208, Col. Tlalpan, Del. Tlalpan, C.P. 14000, México, D.F.
E-mail: vdiaz@mexfam.org.mx

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

Temas que investiga: Mujeres y VIH
Teléfono Oficina: 55325763/56749417.
Dirección: Vista Hermosa 89, Col. Portales, C.P. 03300, México, D.F.
E-mail: sipam@sipam.org.mx

García Rojas, Alejandrina
Salud Integral para la Mujer A.C.

Temas que investiga: Género y VIH
Teléfono Oficina: 55325763/56749417.
Dirección: Vista Hermosa 89, Col. Portales, C.P. 03300, México, D.F.
E-mail: sidamujeres@sipam.org.mx

García Ordoñez, Diana
Salud Integral para la Mujer A.C.

Temas que investiga: Jóvenes y derechos sexuales y reproductivos.
Teléfono Oficina: 55325763/56749417.
Dirección: Vista Hermosa 89, Col. Portales, C.P. 03300, México, D.F.
E-mail: juvenes@sipam.org.mx

Chávez Fonseca, Ma. Eugenia
Salud Integral para la Mujer A.C.

Temas que investiga: Medios de comunicación y Género
Teléfono Oficina: 55325763/56749417.
Dirección: Vista Hermosa 89, Col. Portales, C.P. 03300, México, D.F.
E-mail: proyectorradio@sipam.org.mx