



“Políticas para el Acceso de las Mujeres a los Servicios de Salud en México, el Caso de los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2010-2017”

Documento Metodológico

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	I
1.- JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.	XI
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	XVIII
3. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.	XX
4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.	XXVI
5. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL DE REFERENCIA.....	XXVIII
6. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.	LVII
7.- PRUEBA EMPÍRICAS O CUALITATIVAS DE LAS HIPÓTESIS.	LVIII
CONCLUSIONES Y NUEVA AGENDA DE INVESTIGACIÓN.	LXXX
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA.	LXXXVII

INTRODUCCIÓN.

En México, el acceso a los servicios de atención a la salud comenzó a ser abordado a partir de la segunda mitad del siglo XX; no obstante, el derecho a la salud se elevó a nivel de norma fundamental, por primera vez, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, junto con otros aspectos importantes como son: la educación, la alimentación y el derecho al trabajo, inmersos en una democracia como estructura jurídica y régimen político, con la preocupación constante del mejoramiento económico, social y cultural de la población. El derecho a la salud, desde un enfoque global, está contemplado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos; específicamente está clasificado en los derechos sociales. Tiene como plataforma institucional a nivel internacional la creación de la Organización Mundial de la Salud, establecida en el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Al ser nuestro país una República constituida como representativa, democrática, laica y federal, le compete al Estado, de acuerdo a la OMS, la aplicación de reglamentaciones específicas, programas y servicios públicos para el bienestar de la población en el ramo de la salud.

La salud es un tema fundamental para el desarrollo de México, ya que el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud que presente nuestra población mexicana. No puede haber un progreso nacional si la salud de los mexicanos no es satisfecha por las autoridades responsables o bien, no responde a las aspiraciones del progreso nacional.

El derecho a la salud de los mexicanos, consiste en gozar de prestaciones integrales de salud de la misma calidad, eficiencia y oportunidad, por medio de instituciones competentes.

Al derecho a la salud, se le considera dentro del amplio catálogo de los derechos sociales contenidos como ya se ha dicho en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo cual, ha permitido que la salud no se vea como un simple objetivo de política pública, sino que se entienda como un derecho del que todos podemos disfrutar, porque las condiciones técnicas y tecnológicas lo permiten.

El gobierno en este caso el estado mexicano tiene la obligación de elevar a rango Constitucional el derecho a la salud tanto para hombres como para las mujeres, logrando con ello, edificar una sociedad más justa, dando la base a un sólido e integrado Sistema Nacional de Salud, el cual, garantiza a todos los mexicanos en el más breve plazo, servicios igualitarios y permanentes de salud. Así como otros derechos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que tienen relación con la salud, tal es el caso del derecho a la protección a la vida, el derecho a la protección de la libertad y dignidad humana, el derecho a la protección del medio ambiente, el derecho a la seguridad social, el derecho a la protección de la familia, el derecho de asociación, el derecho al trabajo y el derecho a la libertad de tránsito y el derecho a los servicios asistidos reproductivos.

Además, se destaca la importancia que tienen los ordenamientos legales que se encargan de regular el derecho a la salud, entre ellos, la Ley General de Salud, la Ley de Asistencia Social, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, entre otros.

Por ser la salud de la población un derecho social que depende de diversos factores, destaca la importancia que tiene la desigualdad social en el país en torno a la protección de la salud, toda vez que, la situación de salud de nuestro país depende fundamentalmente, de las condiciones generales de vida de la población y de la base económica y social en que éstas dos se producen, manifestándose en una vida sana y de mejor calidad.

Bajo esta consideración, uno de los objetivos fundamentales del presente trabajo de investigación se orienta en desarrollar el comportamiento, estructura y funcionamiento del sector salud, como un medio para hacer efectivo los propósitos del derecho a la protección de la salud en las mujeres, contenido en el artículo 4° constitucional, para ello se analizan los conceptos y la clasificación de las garantías sociales y de los derechos subjetivos, ya que son dos temas fundamentales que van muy ligados al derecho a la salud y la protección de la misma.

Se trata de concienciar al lector, respecto a la importancia que tienen en el cuidado de la salud los temas de la promoción, educación, prevención y aplicación de medidas correctivas en materia de salud, ya que con ello se pretende demostrar a la población la repercusión que tienen su participación en el cuidado de la salud individual, familiar y de la comunidad en general, ya que el conocimiento preciso y claro les facilita la identificación de problemas y la mejor manera de solucionarlos. La educación para la salud es la encargada de fomentar en la población, el desarrollo de actitudes y conductas que le permiten participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y de accidentes, además, trata de proporcionarles los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud. Por lo que respecta a al ámbito de la prevención, en derechos asistidos en materia de etapa reproductiva en las mujeres, es un tema concerniente al apoyo del Estado hacia las mujeres en su etapa reproductiva y sus derechos sexuales, enfoca a la salud con una visión proteccionista.

Para el desarrollo social de la salud, el Estado considera este aspecto como fundamental, de acuerdo a lo que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la planeación en esta materia, el Estado creó el Plan Nacional de Desarrollo, que contempla de manera muy abstracta al sector salud, pero a su vez, sirve de base para la establecer un ordenamiento derivado, que es particular y propio de la materia de salud, denominado “Sistema Nacional de Salud”, éste busca atender los problemas y rezagos que en esta materia, mediante líneas

de acción específicas y en el marco de una revisión a fondo de nuestro sistema de salud.

Tanto el Plan Nacional de Desarrollo como el Sistema Nacional de Salud, son instrumentos que sirven para lograr los objetivos del derecho a la protección de la salud, como lo establece el artículo 4° Constitucional.

Cabe destacar que en México, la estructura institucional de salud se compone de tres grandes sectores, que se encargan de la protección de la salud, denominados: sector público, sector privado y sector social, interrelacionados entre sí y que trabajan conjuntamente con las autoridades sanitarias del sistema mexicano.

Bajo este contexto, uno de los ejes de análisis que se encontrarán en la presente investigación es que las mujeres se construyen en movimiento, en la práctica social, en la concreción de derechos, en la deconstrucción de identidades patriarcales que les permiten asumirse como como personas con derechos y obligaciones, lo que la ley identifica como sujetos de derechos, dentro de un proceso histórico en construcción, dialéctico, heterogéneo, que alude a los derechos y responsabilidades de mujeres y hombres que pertenecen a una determinada comunidad política; esto concreta la posibilidad que tienen los ciudadanos de ambos sexos de contribuir en la vida pública de la comunidad, mediante la participación política.

Uno de esos parámetros de participación fue la creación del feminismo y de los *derechos sexuales y reproductivos y la ciudadanía de las mujeres en México*, se pretende discernir, explicar y sistematizar, cómo en los escenarios políticos, nacionales e internacionales, el sujeto político feminista ha tenido múltiples formas y espacios de expresión; cómo ha propiciado el clima de cuestionamiento a la desigualdad y marginación de las mujeres; cómo ha reconceptualizado a la mujer, para entender que las mujeres son todas y que el beneficio y/o la afrenta para una, es para todas; cómo ha elaborado una perspectiva de análisis de género que rebasa al determinismo biológico y en cambio les permite distinguir cómo, a partir de las

diferencias sexuales, se tejen las desigualdades sociales; cómo ha documentado y denunciado las violaciones que se cometen en contra de los derechos de las mujeres en el país; cómo ha construido y propuesto alternativas, programas, políticas públicas y leyes que tienden a favorecer la calidad de vida para las mujeres. Y cómo ha propiciado, en las conferencias internacionales de las últimas tres décadas, todo un marco de reflexión, organización y vindicación que ha posibilitado la construcción de derechos sexuales y reproductivos para las mujeres.

La sexualidad es un elemento fundamental de las mujeres, atraviesa por sus cuerpos manipulados, reprimidos, controlados, dominados, sin conciencia de derechos para decidir sobre él, sin conciencia de que es su propiedad y que las únicas que pueden tomar las decisiones sobre los acontecimientos que le suceden son las propias mujeres, acto que pasa por nuestro ejercicio, por el reconocimiento de ellas mismas por asumirse como seres con capacidades de pensamiento propio y decisiones y con derechos únicos.

La explicación de tal proyecto se fundamenta en la perspectiva feminista de género, en tanto el feminismo sacó del silencio que las mujeres viven en el espacio privado. Lo que se habla sobre el cuerpo de las mujeres nunca fue, hasta la emergencia del feminismo, producto de su propia voz. Su cuerpo y sexualidad ha sido pieza clave en el discurso y práctica feminista. Se ha constituido en foco de análisis, tema de reflexión, autoconciencia de opresión, territorio de desposeimiento de la propia existencia y signo de rebeldía al vindicar a las mujeres, "Nuestro cuerpo nos pertenece". "Los discursos disciplinadores de ese cuerpo y la construcción de la naturaleza femenina a partir de allí, son representaciones masculinas hechas por los hombres y depositadas en las mujeres, la deconstrucción de la historia de la vida privada fue un camino para que ellas comprendieran las formas de poder que eran ejercidas sobre sus cuerpos y que los transformaban en un lugar de desposeimiento de la propia existencia. Por eso la consigna "nuestro cuerpo nos pertenece" que en la década de los setenta se extendió por el mundo inspirando rebeldías, debe ser

rescatada hoy en día como un enunciado y lugar de constitución de existencia propia”.

El cuerpo de las mujeres con sus derechos sexuales y reproductivos comenzó a ser reconocido institucional e internacionalmente en 1994, a partir de la Conferencia Internacional de El Cairo; aunque la defensa feminista tiene más de un siglo. El gran logro de este sector fue haber puesto a los derechos sexuales y reproductivos como temas de reflexión en las conferencias internacionales, que se desarrollaron en los años noventa. Los derechos de las mujeres sobre sus cuerpos y sexualidades colocan al feminismo en un nuevo campo: el de la ciudadanía como un espacio en el que se puede lograr la dignidad humana y la justicia social.

La cultura política feminista expresa en los últimos años su capacidad para transformar su discurso: de la denuncia y rebeldía contra la opresión, enajenación, marginación y exclusión de las mujeres, el centro de su reflexión pasó a ser, la constitución de las mujeres como ciudadanas plenas con derechos, responsabilidades, poderes y autonomía a decidir libremente sobre su cuerpo.

Nuestra visión de análisis es la perspectiva de las políticas mexicanas hacia el tema de sexualidad y derecho reproductivo en las mujeres, con ésta destacamos que las mujeres están en un proceso en construcción, estrechamente relacionado con la constitución del sujeto político mujer. Las mujeres a las que nos referimos cobra expresión en los movimientos sociales; en la exigencia al Estado, de recursos y poder para ejercer sus derechos; en la intervención pública y política de las mujeres en los espacios de decisión; en la posibilidad de que las mujeres decidan sobre su cuerpo; se traduce también en la elaboración y difusión de la agenda política feminista que propone políticas públicas de bienestar, calidad de vida y desarrollo humano para las mujeres.

El presente estudio ilustra a través de pasajes, leyes, decretos, programas y dependencias federales encargadas del tema de la salud, los avatares ideológicos,

políticos y culturales a los que se han enfrentado para que se les reconozcan sus derechos y lograr reconocimiento como ciudadanas en tanto su ejercicio no se limita a votar en elecciones o gozar de libertad de expresión, recibir beneficios sociales o tener acceso a servicios de salud, si bien, estos aspectos constituyen el eje de la ampliación de derechos en situaciones históricas concretas, es preciso además destacar la trascendencia de la acción política de las mujeres en la construcción de su ciudadanía.

Con el inicio del nuevo milenio, es fundamental presentar y dotar a las mujeres de toda una agenda política que se despliegue, concrete y organice bajo una premisa central: el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, sobre su vida y el campo de los derechos sexuales y reproductivos, que se presenta como pieza clave en la construcción ciudadana de las mujeres.

En razón de estos lineamientos el presente estudio se divide en cuatro capítulos para un mejor desarrollo y claro entendimiento sobre el tema de las políticas para el acceso de las mujeres a los servicios de salud, el de sus derechos a una vida plena y responsable en materia de sexualidad y espacialidad reproductiva.

En el capítulo uno: Cuyo título obedece a “Los servicios de salud en México y la situación actual”, se aborda cómo están conformados los sistemas de salud en nuestro país, también se hace alusión a diversas generalidades que tienen que ver con diferentes programas encargados de la asistencia en salud, principalmente en lo que concierne, a las funciones que tienen encomendadas, su misión, objetivos y supuestos que deben de cumplir a favor de la población mexicana, especialmente en las mujeres y la pluralidad de especificaciones que existen para clasificar a las diversas objetividades gubernamentales encargadas de abastecer los servicios de salud en México.

El segundo capítulo denominado: Las políticas del Estado, política social y el marco jurídico para el cuidado de la salud en México se analizará el funcionamiento

institucional específicamente el sector salud; la tendencia que ha tenido a través del tiempo y la preocupación del Estado y la administración pública por cumplir el mandato constitucional del derecho a la salud, proveer de protección social en este ámbito y brindar acceso a los servicios de salud a toda la población teniendo en primera línea a las mujeres. Asimismo, se abordarán aspectos importantes sobre las diferentes políticas sociales implementadas en el ramo de la salud y otros sectores sociales, se expondrán algunos programas focalizados a partir de la segunda mitad del siglo XX y se describirá el concepto de universalismo básico como alternativa de política social, se analizarán las diferentes políticas sociales implementadas en México, hasta llegar al universalismo básico como alternativa, así como la prioridad y legitimidad que tiene las leyes mexicanas para el cuidado de la salud en la población en situación más vulnerable.

Para el tercer capítulo: Implementación de políticas para la atención de los servicios de salud en materia reproductiva y sexual, se 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 a manera de ejemplo, se exponen algunos que no pertenecen a la Secretaría de Salud, por su relevancia en la incorporación del enfoque de género en todos los ámbitos de la administración pública siendo uno de los ejes del concepto de los derechos reproductivos. Como parte de la hipótesis del trabajo, se demuestra que existen sólo algunos mecanismos formalmente establecidos para la coordinación interinstitucional entre las instituciones encargadas de realizar la atención en salud reproductiva en México. Expone las diferentes leyes que de alguna manera regulan la actividad gubernamental en materia de salud reproductiva, así como las fundamentales normas oficiales que marcan las pautas en temas específicos de salud reproductiva

En el cuarto capítulo titulado: Acciones del gobierno mexicano hacia la universalización de los servicios de salud y las disyuntivas de los órdenes de gobierno en materia de planificación familiar y salud reproductiva, se analizarán las acciones realizadas a partir de la implementación de políticas públicas como la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud, asimismo se expondrán los temas de portabilidad y convergencia como estrategias por parte de la Secretaría de Salud, y se hará referencia a algunos convenios y acuerdos firmados en el Sector Salud que son considerados como parte importante de las acciones hacia la universalización de los servicios de salud en el país. Para finalizar, se abordará la propuesta de Fundación Mexicana para la Salud, dirigida hacia la universalización de los servicios de salud en México; lo anterior, debido a la importancia en la influencia que dicha fundación ha mantenido en la implementación de políticas de salud en México; por mencionar un ejemplo, la creación del Seguro Popular, destacando los orígenes y antecedentes del desarrollo de lo que ha sido la política de planificación familiar en México, 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 diseño de la investigación es de naturaleza cualitativa, no experimental, descriptiva y observacional, es decir, se han identificado y descrito los principales elementos y características que definen el origen y devenir histórico de la problemática de la mujer en materia de acceso a servicios de salud, para lo cual, se requirió la consulta y revisión de fuentes y bases de datos del pasado; en particular se utilizó los elementos que ofrecen las fuentes bibliográficas y hemerográficas disponibles, proponiendo una visión crítica sobre el material seleccionado para evitar cualquier sesgo ideológico.

Debe señalarse que las fuentes bibliográficas consultadas se encuentran adecuadamente registradas en el apartado Bibliografía, pese a que en algunos casos no se consideraron para la integración en el cuerpo de la investigación, sin

embargo, facilitaron elementos para contrastar, validar o refutar la información obtenida en otras fuentes.

Asimismo, en cuanto al diseño de la investigación se encuentra el haber sido de carácter retrospectivo y transversal, dado que se trabajó con información obtenida con anterioridad al proyecto y con fines ajenos al trabajo de investigación, así como el que se mide una sola vez las variables en un momento determinado.

De esta manera el tipo de estudio se caracteriza por ser de tipo exploratorio, el cual permite “preparar el terreno” para investigaciones posteriores de mayor profundidad y con objetivos más precisos, conforme a la definición que indique Movimiento Ciudadano como línea de profundización y donde requiera análisis más puntuales, con el fin de ofrecer a simpatizantes, militantes y ciudadanía en general, elementos de juicio para definir su postura política – ideológica sobre este tema.

En este sentido, el diseño de la investigación busco ante todo allegarse de una visión integral de las variables, actores y circunstancia que rodean al problema de la baja atención a los problemas de salud de la mujer y que dan cauce para la definición de una política de estado, distinguiendo su problemática y las áreas de oportunidad para insertarse como elemento de desarrollo y justicia social.

En esta parte, se realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía y fuentes disponibles con el fin de discernir el material que atendiera de mejor manera el objetivo y propósito encomendado para la investigación, en este sentido, fue necesario prescindir de algunas de ellas en razón de la dificultad manifiesta de acceder al material y también debido a que la profundidad y contenido del material difería sustancialmente del perfil definido para la investigación. No obstante, se integró una base de datos bibliográficos que pudiera ser útil para futuras investigaciones, conforme la línea de investigación definida con Movimiento Ciudadano.

1.- JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

El derecho a la salud es primordial y fundamental para el desarrollo humano y social, por ello teniendo en cuenta el contexto y las circunstancias actuales que hacen evidente la desigualdad que enfrentan las mujeres en términos generales y en el caso del acceso a la salud universal no es la excepción, es esencial que se les garanticen oportunidades y dispositivos para que tengan acceso a mecanismos para la protección social en materia de salud.

Como parte de los servicios de salud básicos es indispensable que se incluya la salud sexual y reproductiva, ya que actualmente tiene una importancia creciente en distintos campos de la acción pública y de la investigación, en tanto se reconocen como dimensiones fundamentales de la vida y del bienestar de las personas y de sus sociedades, es imprescindible que se desarrollen políticas sociales que distribuyan justamente la atención y servicios entre el Estado, la comunidad, el sector privado y los hogares y que en ellos también sea equitativo entre hombres y mujeres.

Es importante tener en cuenta que la equidad de género es un principio y una meta del desarrollo sostenible, que implica igualdad de oportunidades en el acceso a recursos, ampliación de capacidades y ejercicio pleno de los derechos humanos en el ámbito socio-político-cultural y en la vida cotidiana. Así mismo el respeto a los derechos de las personas (incluyendo sus derechos sexuales y reproductivos, así como su derecho a la salud) es un principio ético y jurídico cuya importancia se ha ido consolidando, tanto en el sentido común como en el diseño de políticas públicas, por su clara relación con el bienestar y el desarrollo humano.

La equidad entre mujeres y hombres debe evitar que sean objetivo de discriminación en la vida cotidiana, como ejemplo deben contar con atención sanitaria, educación, misma remuneración en el trabajo de igual valor, así ambos tienen derecho a contar con los mejores niveles de salud. La Organización Mundial de la Salud señala que:

“El disfrute de los niveles más elevados de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, creencias políticas, condición económica o social”, para alcanzarlos es indispensable que las políticas de salud reconozcan las diferencias biológicas y los roles de género, que hay entre hombres y mujeres y debido a éstas son diferentes sus necesidades, obstáculos y oportunidades.

No obstante las evaluaciones de las conferencias mundiales de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, *Cairo+5*, de la Mujer, *Beijing+5* y los informes de las Comisiones de la CEDAW y de los Derechos Humanos, así como la evidencia empírica que proporcionan las investigaciones en el campo y las propuestas y balances de los movimientos sociales y activistas por la salud, señalan que a pesar de los avances globales en los discursos ético políticos, todavía existen situaciones de inequidad y problemas en materia de salud sexual y reproductiva que no han sido superadas.

Para atenuar estas dificultades y diferencias es imprescindible que se promueva una apropiación ciudadana de nuevos enfoques de cuidado de la salud para potencializar la capacidad de aplicarlos creativamente en distintos contextos. Así mismo este campo de desarrollo implica un conjunto de saberes de distintos ámbitos como el sociocultural, la ética, jurídica, gerencial, la biomédica, sanitaria, política, así como la multidisciplinariedad de diversos perfiles profesionales.

Bajo estas circunstancias profundizar en el tema sobre las políticas para el acceso de las mujeres a los servicios de salud en México, los derechos sexuales y reproductivos, hace relevante el presente estudio, siendo su objetivo: “describir y analizar las políticas públicas para el acceso de las mujeres a los servicios de salud en México, en lo que corresponde a derechos sexuales y reproductivos, protección social y de la salud, el grado de cumplimiento de estas políticas como parte de la obligación constitucional del Estado, con el fin de universalizar la protección de la salud y garantizar así, bienestar y desarrollo de la población; este análisis servirá

para conocer mejor y fortalecer el diseño de políticas públicas orientadas a la salud, además de reflexionar para mejorar la cobertura y acceso de los derechos sexuales y reproductivos, que como tales están relacionados con la libertad de las personas de decidir sobre su sexualidad y el ejercicio libre de la misma.

Los derechos reproductivos se vinculan a ciertos Derechos Humanos que actualmente ya se reconocen en leyes y otros documentos al respecto, de esta manera estos derechos tienen como base el reconocimiento básico tanto de parejas como de forma libre y responsable el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de acuerdo a lo que establecen los documentos de derechos humanos.

Realizar un estudio con una perspectiva global sobre esta temática surge de la necesidad por contribuir a este tema que hace falta investigar con mayor detalle y por contribuir a profundizar en el conocimiento de derecho a la salud y al bienestar de la sociedad mexicana.

Es importante recordar que el derecho y acceso de la salud es parte de las garantías constitucionales y aunque no se puede considerar como una de ellas en sentido estricto, éste es el punto de partida de todas las demás, ya que no podríamos disfrutar y aprovechar de otras garantías como la de libre tránsito o de libertad de profesión, si no gozamos de la salud que nos lo permita. Determinar la naturaleza del derecho a la salud es fundamental y protegerla a través de elementos de una investigación como ésta, es parte de la motivación del presente estudio.

Hoy en día en la lista de principales problemas que aquejan a la población de forma inmediata por orden de prioridad aparecen la inseguridad, el desempleo, la disminución en gran medida del poder adquisitivo, los bajos salarios, el incremento

de los impuestos, entre otros, sin reparar en que es necesario contar con la salud indispensable para desarrollar cualquier actividad en la vida cotidiana, esto refleja que nuestra “cultura de salud” es muy deficiente y éste, es otro problema serio.

De acuerdo a los informes sobre la Salud en el Mundo de la OMS, una de las principales preocupaciones de las personas a nivel mundial es la salud, ya que siempre han buscado la forma de tener una vida larga y saludable.

Por otra parte es preocupante que, al requerir servicios de salud de las instituciones de seguridad social como derechohabiente o de los establecimientos públicos de salud destinados a la población en general, sea una constante la insuficiencia de personal, de aparatos de diagnóstico, de medicamentos, espacios de atención e incluso si no es derechohabiente y requiere servicios de urgencia no son prestados y en caso de hacerlo, se advierte al solicitante y a sus familiares los altos costos de dichos servicios; así mismo otra dificultad presente son los trámites complejos, papeleo excesivo, un trato desagradable por parte del personal encargado y tiempos de espera excesivos, todos estos factores configuran una atención y prestación de los servicios de salud altamente deficientes.

Por lo que se refiere a los servicios de salud privados, la problemática que se presenta son los altos costos de los mismos, de los estudios de diagnóstico y de los medicamentos, convirtiéndose en inaccesibles a la mayoría de la población.

Esta falta de protección de la salud en México, se traduce en que el Estado tenga plena facultad de atenderlo como mejor le parezca, pues sólo tiene la obligación de contemplarlo en sus planes de gobierno, de acuerdo a la percepción que tenga del problema, las prioridades que fije (que pueden anteponerse a la salud) y el presupuesto con el que cuente.

Durante el siglo XX se experimentó un incremento significativo en la esperanza de vida, una mayor longevidad a partir de la disminución de las tasas de mortalidad en

infantes y adultos, esta mejora se debió fundamentalmente a dos razones: al avance científico en el campo de la salud y a la inversión pública y privada en el cuidado de la misma. La creación de los sistemas de protección social, en particular los de salud, así como el movimiento internacional en favor de un mundo más justo y equitativo, ha generado que los países inviertan cada vez más en el cuidado de su población.

Sin embargo, esta mejora no ha sido igual para todos los países, incluso ni al interior de cada uno de ellos; uno de los principales retos para el mundo es reducir estas desigualdades entre regiones y entre personas; en 2007 el diferencial entre el país con mayor expectativa de vida y el de menor era de cuarenta y un años, en México, este diferencial no es tan grande, el indicador para el D.F. en 2008 se estima en 76 años y en Chiapas de 74 años; sin embargo, existen algunas zonas del país donde el grado de marginación continua siendo comparable con las zonas más pobres del mundo.

Según datos del INEGI, en México, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente; en 1930 las personas vivían en promedio 34 años; 40 años después en 1970 este indicador se ubicó en 61; en el 2000 fue de 74 y en 2016 se registró 75.2 años.

Las mujeres viven en promedio más años que los hombres, en 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33, para 2010 este indicador fue de 77 años para mujeres y 71 para los hombres, en 2016, se ubicó en casi 78 años para las mujeres y en casi 73 años para los hombres. De acuerdo a la misma estadística de INEGI de 2016, a nivel nacional Nuevo León, Baja California Sur y la Ciudad de México presentan la mayor esperanza de vida con un poco más de 76 años; en caso contrario se encuentran Chiapas, Guerrero y Oaxaca con 73 años.

Es de gran importancia evaluar a nivel estatal, el grado de desigualdad que existe actualmente en el nivel de salud de la población; bajo el principio teórico de un acceso universal a la salud, tanto por los beneficios económicos y sociales, así como desde el punto de vista de los derechos ciudadanos. Por lo que la medición de dicha desigualdad puede servir como una plataforma para crear un país más justo e igualitario en lo que a salud se refiere, con miras a mejorar el desarrollo de capacidades de la población, hacer efectivos los derechos que por ciudadanía les corresponde y también por los impactos que trae en el largo plazo en la productividad de las personas y en el crecimiento económico de un país. Otro planteamiento importante de la investigación es que los servicios deben ser proveídos por el Estado, tanto por derecho como por justicia social y por lo impactos favorables en la economía.

En el país existe un grupo de entidades federativas donde prevalecen las enfermedades conocidas como de la pobreza, y otro grupo de entidades donde las principales problemas de salud están relacionados con enfermedades de países con ingreso alto (por ejemplo, diabetes, la hipertensión y los problemas isquémicos del corazón), a pesar de que México sigue siendo un país con ingreso medio; por lo que el sistema de salud debe identificar el patrón de padecimientos a fin de proveer servicios que sean efectivos y acordes a la tipología de padecimientos que existe.

El alcance de esta medición es estatal, sería conveniente realizar una desagregación territorial a nivel localidad, sin embargo, no existe la información suficiente para realizarlo.

Si bien es cierto, el gobierno ha fallado en acciones y respuestas que la sociedad demanda, y en especial el acceso a la salud y bienestar social, de ahí el cuestionamiento del que ha sido objeto. La realidad moderna exige de los gobiernos más y mejores mecanismos para relacionarse con la sociedad, pero al mismo tiempo exige de los ciudadanos la parte correspondiente que la democracia otorga a éstos.

Este vacío de información y análisis sobre el tema y la presencia de políticas sociales temporales motivaron la realización de este trabajo que, desde su inicio, se planteó como una investigación participante, es decir, donde la sociedad y gobierno se comuniquen para obtener y desarrollar mayores beneficios de salud y bienestar para las familias mexicanas. Por ello la investigación va orientada a contribuir sobre ese significado a través de un estudio histórico-sociológico, y brindar algunos elementos para su desarrollo desde las políticas públicas y desde la sociedad misma.

Por todo lo anterior, efectuar un estudio que permita comprender, entender y dar las posibles soluciones para contribuir a una sociedad más justa y equitativa en el ámbito de la salud, por último, menciona que en este estudio exploratorio se tratará, en todo lo posible de integrar diferentes puntos de vista, manteniendo un enfoque objetivo.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Describir y analizar las políticas públicas para el acceso de las mujeres a los servicios de salud en México, en lo que corresponde a derechos sexuales y reproductivos, protección social y de la salud, el grado de cumplimiento de estas políticas como parte de la obligación constitucional del Estado, con el fin de universalizar la protección de la salud y garantizar así, bienestar y desarrollo de la población.

Objetivos específicos

- Identificar la estructura y conformación de los sistemas de salud en México.
- Describir las generalidades de los diferentes programas encargados de la asistencia en salud a mujeres y población en general en México.
- Analizar los conceptos y clasificación de las garantías sociales y de los derechos subjetivos, que están vinculados al derecho a la salud y la protección de la misma.
- Describir los antecedentes de la política social en México, de la protección de la salud y el marco jurídico que le sustenta, así como los conceptos de universalismo, focalización y privatización, como soporte de la implementación de los programas focalizados que surgieron en la segunda mitad del s. XX.
- Analizar el surgimiento y evolución del sector salud, así como su funcionamiento institucional y el interés del Estado y de la Administración Pública por cumplir con el mandato constitucional del derecho a la salud, proporcionando protección social y acceso a los servicios de salud para toda la población teniendo en primera línea a las mujeres.
- Describir los diferentes ordenamientos legales que regulan el derecho a la protección de la salud
- Identificar los diferentes programas de acción, que derivan del Plan Nacional de Desarrollo, describiendo los retos, metas, objetivos y líneas estratégicas en materia de salud reproductiva como parte del Programa Nacional de Población y

de la política de planificación familiar que vincula sus objetivos con los del sector salud.

- Describir aquellos programas que no pertenecen a la Secretaría de Salud, pero que incorporan el enfoque de género en la administración pública como uno de los ejes de los derechos reproductivos.
- Exponer las diferentes leyes que regulan la actividad gubernamental referente a la salud reproductiva, así como las normas oficiales que marcan las pautas en temas específicos en esta materia
- Analizar las acciones realizadas a partir de la implementación de políticas públicas como la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud.
- Exponer algunas estrategias implementadas por la Secretaría de Salud como la portabilidad y convergencia, así como convenios y acuerdos firmados en el Sector Salud como parte de las acciones enfocadas a la universalización de los servicios de salud en el país.
- Describir la influencia de la Fundación Mexicana para la Salud en las políticas de salud, que van dirigidas a la universalización de estos servicios como, por ejemplo, el Seguro Popular, la política de planificación familiar, la utilización de métodos anticonceptivos en población en edad reproductiva y la atención de la salud materno-infantil.
- Identificar aspectos como la salud reproductiva, la violencia de género, el aborto y la inclusión de los varones en las políticas de población, como ámbitos de intervención y atención dentro de la protección social de la salud.

3. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

La problemática de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos en México han sido objeto de diferentes líneas de investigación, avances el ámbito demográfico y desarrollo de políticas públicas que buscan garantizar el acceso a los servicios de salud considerando la atención a la salud sexual y reproductiva, sin embargo hoy en día la variedad de cambios y situaciones del contexto, derivan en dificultades en la accesibilidad a estos derechos y a la deficiencia material y simbólica para contar con la atención a la salud especialmente en el caso de las mujeres, cuya situación social es más vulnerable.

Como parte de las inquietudes que orientan el presente estudio está el examinar la manera en que las instituciones de salud del gobierno mexicano han atendido además de la atención en este ámbito a la población en general y en específico a las mujeres, está el aspecto de los derechos sexuales y reproductivos.

Una de las orientaciones principales que guían este trabajo es que al hablar de la atención que el tema ha tenido por parte del estado, supone un punto de partida en el análisis de la relación entre proveedores de servicios de salud pública y las personas que recurren a los mismos.

Como regla general todas las personas tienen derecho a recibir atención para el cuidado de su salud en general y de la referente a la salud sexual y reproductiva, ello implica que no sufra discriminación ni otro tipo de problema que les impida acceder a estos servicios.

La atención implica que tengan acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva, control de la natalidad, métodos anticonceptivos, entre otros, por ello es necesario primero identificar las características generales de sistema de salud, en este sentido, estaríamos contemplando el carácter de los servicios de salud como parte de los derechos sociales de los ciudadanos y la responsabilidad de

proveedores de servicios públicos, pero sin asumir que el entorno de los servicios de salud tiene una respuesta administrativa, sino moldeado por las condiciones sociales, económicas y culturales del momento histórico específico.

El problema de investigación se desprende del panorama que de la sociedad mexicana en el acceso a la salud y el bienestar, mismo que ha sido abordado y visto desde diferentes ángulos como es el gobierno, la investigación, la familia, las organizaciones sociales, e incluso desde los mismos individuos, además la perspectiva de las instituciones de salud del gobierno que han incluido o podrían incluir el tema de los derechos reproductivos, para ello es necesario indagar algunas referencias a elementos del marco jurídico e institucional que orientan, guían y dictan los criterios de los programas de salud ligados con la reproducción, simultáneamente combinar referencias empíricas con revisiones y evaluaciones documentales, para concluir con propuestas analíticas y estrategias de investigación y acción sobre la construcción del entorno de la reproducción.

Si bien es cierto, la salud no sólo se obtiene con atención médica y medicamentos, sino con una buena alimentación, condiciones de vida saludables, entre otras; es preocupante el nivel de salud que presenta la mayoría de la población de nuestro país, por lo cual no sólo se requiere mayor atención y recursos para los servicios de salud, sino también dar atención a la pobreza y muchos problemas más que aquejan al país, además de fomentar la cultura de la salud.

Por otra parte, es fundamental considerar que el estado de la salud de las mujeres refleja no sólo por sus condiciones biológicas también por los ambientes sociocultural, económico y físico en los que ellas se desarrollan, pues ese contexto influye en la duración y la calidad de sus vidas. Las mujeres que viven en la pobreza o tiene un nivel educativo bajo tiene una expectativa de vida menor, alta incidencia de enfermedad, más discapacidades y una mortalidad elevada. Esta situación se concentra mayormente en la mujer en edad reproductiva y en los fenómenos de salud asociados con la reproducción biológica. Teniendo mayor énfasis en la salud

de la mujer –madre (presta atención a la salud materna) en los aspectos de la fecundidad, el embarazo, el parto y el puerperio, como vehículo para asegurar la sobrevivencia del producto de la concepción.

Al Gobierno Mexicano le corresponde dictar o promover en su caso, las medidas adecuadas para resolver los problemas demográficos nacionales.

Con base en los principios básicos de la política de población, las acciones institucionales de planificación familiar y salud reproductiva, están dirigidas a asegurar el acceso de las personas de todos los grupos sociales y regiones del país dichos servicios, incluidas la información y orientación suficiente y adecuada en la materia. Por esta vía, la planificación familiar propicia una actitud responsable frente a la reproducción, contribuye a mejorar la salud materno-infantil; ayuda a prevenir los embarazos no deseados y de alto riesgo, el aborto y las enfermedades de transmisión sexual; fomenta entre la población una cultura de salud; y coadyuva a disminuir los niveles de fecundidad y, en consecuencia, a desacelerar el ritmo de crecimiento natural de la población del país.

México es uno de los pocos países en donde se asegura en el nivel constitucional el derecho a decidir sobre la reproducción, ello cuenta además con una serie de "refuerzos jurídicos" en las leyes de Población, Salud, Educación y Trabajo. A partir del marco constitucional y de las diferentes leyes generales, se han definido programas de población y de salud para asegurar los objetivos planteados en las leyes y concretar acciones específicas en la vertiente definida por ellas, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población.

De esta forma, el ejercicio pleno de los derechos reproductivos será factible cuando el contexto social, político, legal, económico y cultural, favorezcan las posibilidades de autodeterminación y además, cuando los personajes institucionales, logren comprender el proceso reproductivo con el que se relacionan y a la vez, su institución respete las condiciones y tiempos propicios para su interacción. Para ello

se requiere que dichos prestadores de servicios se sientan también sujetos de derechos y transformen la compleja red de imposiciones en las que están inmersos.

Una de las tesis principales que guían este trabajo es que al hablar de la atención que el tema ha tenido por parte del estado, supone un punto de partida en el análisis de la relación entre proveedores de servicios de salud pública y las personas que recurren a los mismos.

Para ello es necesario, pensar en derechos y responsabilidades de proveedores de servicios y de las personas usuarias de los servicios, pero sin asumir que el entorno de los servicios de salud es autocontenido, sino moldeado por las condiciones sociales, económicas y culturales del momento histórico específico.

La reforma a la Ley General de Salud publicada el 15 de mayo del 2003 en el Diario Oficial de la Federación, la cual tiene como objeto la creación de un Sistema de Protección Social en Salud que entró en vigor el 1° de enero del 2004, otorga cierta tranquilidad a la población que no cuenta con la prestación de servicios de salud, sin embargo, al ser tan grande la gama de enfermedades que pueden presentarse en la población, faltan por integrarse en el referido sistema muchas especialidades que son importantes. No obstante lo anterior, este puede ser un buen principio para llevar a un buen nivel de salud en nuestro país. Sólo debe continuarse dando apoyo a esta materia por parte de los futuros titulares del gobierno de México e ir incrementando las especialidades.

La visión del Estado y sus instituciones en sus diferentes niveles, han buscado el desarrollo de un México más sano y con mayores benéficos, desde una perspectiva estructural, sin desatar procesos de participación e inclusión que respeten los accesos a la salud en los diferentes niveles sociales, y ha fracasado en su intento de mitigar las desigualdades en la atención y acceso a los ciudadanos que lo solicitan.

La investigación científica en desarrollo nos ayuda a comprender cuánto contribuye a nuestra existencia, a nuestra cultura y a nuestra calidad de vida, sus aplicaciones a las necesidades humanas y la necesidad para nuestra supervivencia.

La salud indiscutiblemente, es un tema que preocupa a toda la sociedad, ya que en las últimas décadas hemos visto que las enfermedades crónicas han ido en aumento, ya no es la misma situación que vivimos anteriormente, cuyas principales causas de muerte eran las infecciones o epidemias, ahora en caso contrario enfermedades como SIDA, cáncer, etc., ocupan en la actualidad nuestra principal preocupación, ya que éstas enfermedades aquejan a todos los sectores de la sociedad, sin embargo, no todos pueden sufragar los gastos que se generan por tales padecimientos, ya que los medicamentos y tratamientos llegan a ser extremadamente caros, por lo que, podemos preguntarnos hasta donde llega la obligación del Gobierno en solventar los gastos de estos padecimientos, hasta donde llega su facultad para lograr obtener gobernados sanos que darán como resultado un país sano.

Ahora bien, la desigualdad que ha existido durante largos años en esta materia, las estadísticas que muestran muertes por la falta de atención médica apropiada, o en el peor de los casos que ésta no existe, más aún muchas personas mueren por la falta de posibilidad de comprar sus medicamentos, ya sea por los costosos que son, o en su caso ya que su padecimiento es largo y esto los lleva a un detrimento en su economía.

Es indiscutible que existen carencias en materia de atención de los servicios de salud, otorgados por el Gobierno a la población, pero hasta donde podemos hacer exigible ésta necesidad.

El seleccionar este tema para desarrollar esta investigación documental, se debió a que es un tema controversial, además de ser la salud un derecho fundamental, y que en sus óptimas condiciones nos lleva a desarrollarnos plenamente como seres

humanos, conllevando esto a una estabilidad emocional y física, que se verá reflejada en el actuar diario.

El derecho a la salud día a día ha tenido una gran evolución, tanto en el ámbito nacional como internacional, en el ámbito internacional, son los organismos internacionales los que han tenido una gran influencia para el desarrollo de este derecho.

En el Derecho Internacional de la Salud no se admite discriminación, es decir, la salud es igual para todos y tiene vocación universal e indivisible, cuya materia o contenido está constituido por los asuntos relacionados con la salud internacional, con las enfermedades internacionales como el cólera, el SIDA y las epidemias que trascienden a los órdenes jurídicos nacionales.

Los servidores públicos sólo actúan bajo presión de la gente, esto significa que en muchas ocasiones a pesar de foros de discusión, a pesar de audiencias públicas, a pesar de distintos discursos políticos, la situación no cambia, no avanza, se empantana, provocando con ellos inamovilidad.

Este texto es un acercamiento al problema que existe en México del acceso a la salud y el bienestar social, es especial a la mujer. La escasa atención y poca política que existe por darle el lugar de importancia para un desarrollo y crecimiento, sin salud no hay nada. En este análisis se optó por unas herramientas teórico metodológicas desde una perspectiva crítico-política, que con el fin de proponer alternativas y otros caminos posibles.

4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Cuál es la estructura y conformación de los sistemas de salud en México?
- ¿Cómo se integran y relacionan los diferentes programas encargados de la asistencia en salud a mujeres y población en general en México?
- ¿Cuáles son los conceptos generales y cómo se clasifican las garantías sociales y los derechos subjetivos vinculados al derecho a la salud y la protección de la misma?
- ¿Cuáles son los antecedentes de la política social en México como base para la protección de la salud, qué marco jurídico lo sustenta y bajo qué conceptos se desarrollan los primeros programas focalizados como alternativas de política social?
- ¿Cómo surgió y cómo ha sido la evolución del Sector Salud, cómo es su funcionamiento institucional y cómo se refleja el interés del Estado y de la Administración Pública por cumplir el mandato constitucional del derecho a la salud por proveer esta protección y brindar acceso a los servicios de salud a toda la población teniendo en primera línea a las mujeres?
- ¿Cuáles son los diferentes ordenamientos legales que regulan el derecho a la protección de la salud?
- ¿Cuáles son los diferentes programas de acción, que derivan del Plan Nacional de Desarrollo, qué retos, metas, objetivos y líneas estratégicas establece en materia de salud reproductiva como parte del Programa Nacional de Población y de la política de planificación familiar y cómo vincula sus objetivos con los del sector salud?
- ¿Qué otros programas existen que no pertenecen a la Secretaría de Salud e incorporan el enfoque de género la administración pública como uno de los ejes los derechos reproductivos?
- ¿Cuáles son las diferentes leyes que regulan la actividad gubernamental referente a la salud reproductiva, así como las normas oficiales que marcan las pautas en temas específicos en esta materia?

- ¿Qué acciones se han llevado a cabo a partir de la implementación de políticas públicas como la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud?
- ¿Qué estrategias ha implementado la Secretaría de Salud y qué convenios y acuerdos ha firmado en el Sector Salud como parte de las acciones enfocadas a la universalización de los servicios de salud en el país?
- ¿Cómo ha influido la Fundación Mexicana para la Salud en las políticas de salud, dirigidas a la universalización de estos servicios, en la planificación familiar, la utilización de métodos anticonceptivos y la atención de la salud materno-infantil?
- ¿Cómo se abordan los aspectos de la salud reproductiva, la violencia de género, el aborto y la inclusión de los varones en las políticas de población, como ámbitos de intervención y atención dentro de la protección social de la salud?

5. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL DE REFERENCIA.

CAPITULO I: Los servicios de salud en México y la situación actual de los mismos.

1.1. Conceptos generales de los servicios de salud en México.

Para empezar a delinear nuestro tema de estudio, empezaremos por citar lo que es el concepto que se tiene acerca de los servicios de salud en México conforme a sus principios y funciones que lo caracteriza en base de ello tenemos lo que es la secretaria de salud y cómo es que esta se define: La Secretaría de Salud es la instancia administrativa rectora del Sistema Nacional de Salud, por ello, se encuentra facultada para dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y del Gobierno en cuanto a la Salud Pública, el desarrollo de las ciencias médicas y la Industria Médico Farmacéutica.

Dentro de los principios rectores que tiene esta dependencia, se encuentran esencialmente los de carácter estatal y social de la medicina, mediante la accesibilidad y gratuidad de los servicios, la orientación profiláctica conforme a la aplicación adecuada de los adelantos científicos y tecnológicos, con base a la participación de la comunidad y la colaboración internacional; asimismo, su actuación se desarrolla bajo una centralización normativa y una descentralización ejecutiva, que se determina en los hechos, en un control y una vigilancia epidemiológica de las enfermedades y sus factores de riesgo. Esta Secretaría también se encarga de ejercer el control y la vigilancia sanitaria de todos los productos que pueden tener influencia sobre la salud humana, mediante la regulación y control de la aprobación, ejecución y evaluación de las investigaciones biomédicas o de cualquier tipo que se realice directamente en seres humanos, a la vez que norma las condiciones higiénicas del país en relación con el saneamiento del medio ambiente y hacia aquellos aspectos que puedan resultar agresivos a la

salud humana al controlar su cumplimiento a través de inspecciones sanitarias federales y estatales.

También se encuentra regida para regular el ejercicio de la medicina y de las actividades que le son afines para ejercer la evaluación, el registro, la regulación y el control de los medicamentos de producción nacional y de importación, equipos y material médicos.

1.2 Las funciones específicas de los servicios de salud

Como se mencionó con anterioridad, las funciones de los servicios de salud se centran en la planificación y ejecución de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud humana. Además de organizar los servicios de atención médica preventiva y curativa para toda la población, complementan la asistencia social destinada a los ancianos, impedidos físicos y mentales, así como también tienen a su cargo otras atenciones de carácter sanitario.

Tales servicios también elaboran y mantienen el sistema de información estadística en materia de salud, a efecto de satisfacer sus propias necesidades como organismo, así como las de otros de carácter nacional. Al organizar, dirigir y controlar el proceso de formación, especificación, perfeccionamiento y educación continuada de los profesionales y técnicos propios de las actividades que habitualmente desarrolla.

Otras de sus tantas misiones, es la de dirigir las actividades de producción, exportación, importación, comercialización, distribución y almacenamiento de medicamentos, de artículos y equipos médicos.

“Al dirigir la actividad de comercialización de los servicios de salud, asistencia técnica, la formación y especialización de personal, así como software y literatura científica afines con la actividad propia” (Información recopilada de Internet, tomada

de la siguiente dirección electrónica:
www.ecured.cu/index.php/Ministerio_de_Salud_Pública).

Con ello se busca fortalecer y mejorar no solo el servicio y la calidad del mismo si no todo el órgano que la conforma para desde su parte más pequeña dentro del rubro se encuentre consolidada y a la vez a la vanguardia de las necesidades que la misma institución valla demandando.

1.3. Clasificación de los servicios de salud

En el presente apartado se detallará la manera en cómo están clasificados los servicios de salud en México, haciendo especial hincapié en lo que refiere a las claves con las que están registrados para la contabilidad nacional; asimismo, se dará a conocer las formas en cómo cada dependencia maneja los distintos rubros que conciernen a la asistencia social de salud.

Dentro de esa clasificación, se citan los siguientes aspectos.

Diferentes claves para identificar los grupos de los servicios de salud.

A continuación, se describen las diferentes subclases que a riesgo de aparecer excesivas o muy amplia la información se considera importante porque nos refleja una estructura más detallada al concepto de los servicios de salud ya que en este tercer nivel de la estructura de la Clasificación de Instituciones de Salud (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Clasificación de instituciones de salud. México, p. 27), está conformado de un total de 21 subclases.

El criterio en el que se basa para conformar las diferentes subclases de instituciones de salud, propiamente es la identificación de los diferentes tipos de instituciones de salud, tanto públicas como privadas, que brindan servicios a la población derechohabiente y no derechohabiente. La subclase de instituciones se

identifica por los primeros tres dígitos, de izquierda a derecha, de la clave numérica de la Clasificación de Instituciones de Salud. El cuarto nivel de la estructura de la citada Clasificación, está conformada de un total de 45 tipos de unidades médicas en que se dividen las diferentes subclases de instituciones de salud. El criterio en el que se basa para conformar los tipos de unidades médicas es su agrupación en tres grandes rubros de acuerdo al nivel de atención que brindan: las unidades, clínicas o centros de salud que corresponden al primer nivel de atención de la salud, los hospitales y centros médicos que son las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención de la salud, y otro tipo de descripciones de unidades médicas que no es posible ubicarlas en los dos niveles anteriores.

La estructura del tipo de unidades médicas es para cada subclase de instituciones, con excepción de las instituciones privadas, respecto de las cuales la información es generalmente insuficiente para identificar el nivel en el que se ubican.

El tipo de unidad médica se identifica por los cuatro dígitos de la clave numérica de la Clasificación de Instituciones de Salud.

- Claves y subclaves de Instituciones de Salud (Salud Pública, Clasificación de instituciones de salud por entidad federativa. México. 2012, pp. 13-15).

Esto lo que refiere las claves y subclaves de instituciones de salud y como parte de la Clasificación de Instituciones de Salud, para todos los tipos de unidades médicas de cada institución, se agrega un listado de los nombres de las unidades médicas a las que se asigna la misma clave del tipo de unidad médica en función de la subclase de institución de que se trate. Asimismo, con la finalidad de facilitar el manejo de la clasificación, el listado de las unidades médicas públicas y privadas se presenta por entidad federativa. Cabe señalar, que dicho listado de unidades médicas, en sentido estricto, no es un clasificador, dado que en cada entidad federativa existe un sinnúmero de unidades médicas con el mismo nombre y el clasificador solamente contempla una descripción de la misma. La Clasificación de Instituciones de Salud por entidad

federativa contiene alrededor de 18,000 descripciones de unidades médicas públicas y privadas.

Dicho listado está actualizado en el caso de las instituciones de salud públicas hasta el año 2014, y en algunos casos hasta el 2015, mientras que el de las instituciones privadas es hasta el año 2013.

- Instituciones de salud del sector público

Este grupo comprende a todas las instituciones de salud pertenecientes al sector público en sus diferentes niveles: federal, estatal o municipal, que ofrecen servicios de salud a la población derechohabiente y no derechohabiente.

- Instituciones de salud y de seguridad social (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Clasificación de instituciones de salud. México. pp. 34-38).

Esta clase comprende a todas las instituciones de salud y/o seguridad social, pertenecientes al sector público en sus diferentes niveles: federal, estatal o municipal, que ofrecen servicios de salud a la población derechohabiente, como resultado de una prestación laboral al trabajador, por ser pensionado o jubilado, o ser un familiar beneficiario.

1.4. Instituciones de salud públicas

Esta clase comprende a todas las instituciones de salud pertenecientes al sector público en sus diferentes niveles: federal, estatal o municipal, que ofrecen servicios de salud a la población no derechohabiente o abierta, entre tales instituciones se encuentran las siguientes:

- Secretaría de Salud (SSa). Esta subclase comprende a todos los centros de salud, clínicas o unidades de consulta externa, hospitales y centros médicos pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSa).
- Centros de Salud, Clínicas o Unidades de Consulta Externa. Comprende a todos los centros de salud, clínicas o unidades de consulta externa pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSa), a través de los cuales se brindan servicios de salud en el primer nivel de atención.
- Hospitales y Centros Médicos. Comprende a todos los hospitales y centros médicos pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSa), a través de los cuales se brindan servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención.

Por otra parte, tenemos al IMSS Oportunidades. Esta subclase comprende a todas las unidades médicas, clínicas o unidades de consulta externa y hospitales pertenecientes al IMSS-Oportunidades. Cabe aclarar que también se conocen como IMSS-Solidaridad.

Unidades Médicas, Clínicas o Unidades de Consulta Externa. Comprende a todas las Unidades de Medicina Familiar pertenecientes al IMSS-Oportunidades, a través de los cuales se brindan servicios de salud en el primer nivel de atención.

Hospitales. Comprende a todos los hospitales pertenecientes al IMSS Oportunidades, a través de los cuales se brindan servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención (Ibíd.).

1.5. Unidades del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)

En esta subclase se comprende a todos los centros de salud, de rehabilitación y hospitales pertenecientes al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF).

- Centros de Salud y Rehabilitación. Comprende a todos los centros de salud y de rehabilitación pertenecientes al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), a través de los cuales se brindan servicios de salud en el primer nivel de atención.
- Hospitales. Comprende a todos los hospitales pertenecientes al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), a través de los cuales se brindan servicios de salud en el segundo nivel de atención.

Esta subclase comprende principalmente a los programas emergentes dirigidos a los sectores de población más desfavorecidos, o a quienes pueden pagar cuotas preferenciales para acceder a los servicios médicos que provee el Estado a través de centros de salud, clínicas o unidades de consulta externa, hospitales y centros médicos pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSa)” (Ibíd.).

Instituciones o Programas de Salud Pública o Seguridad Social. Comprende a todos los derechohabientes del Sistema de Protección Social en Salud, comúnmente conocido como Seguro Popular, el cual opera a través de las unidades médicas pertenecientes a la Secretaría de Salud.

1.6. Instituciones de salud del sector privado

En este grupo comprenderemos a todas las instituciones de salud pertenecientes al sector privado, que ofrecen servicios de salud a la población derechohabiente previo convenio o contrato, y a la no derechohabiente o abierta. Esta clase la conforman todas las instituciones de salud pertenecientes al sector privado que ofrecen servicios de salud a los trabajadores de instituciones o dependencias públicas y a sus beneficiarios, previo establecimiento de un contrato o convenio, comprende a todas las clínicas, unidades de consulta externa, hospitales y sanatorios privados que ofrecen servicios de salud a los trabajadores de instituciones o dependencias públicas y a sus beneficiarios, previo establecimiento de un contrato o convenio. En este caso se encuentran los estados, municipios y organismos e instituciones

públicas estatales, que no cuentan con unidades médicas propias y establecen convenios o contratos con instituciones de salud privadas para brindarles servicios médicos a sus trabajadores y sus beneficiarios.

- Clínicas o unidades de consulta externa

“Comprende a todas clínicas o unidades de consulta externa de las instituciones de salud privadas, que ofrecen servicios de salud a los trabajadores de instituciones o dependencias públicas y a sus beneficiarios, previo establecimiento de un contrato o convenio. En esta categoría, se incluyen unidades de cualquier nivel de atención según la clasificación utilizada por el sector salud.” (Ibíd.).

Dentro de las instituciones privadas es que tenemos también las clínicas o unidades de consulta externa que dan los mismos servicios que se solicitan a nivel federal simplemente que estos conllevan un gasto extra por el servicio en cuanto a una atención en salud de manera privada.

1.7. El sistema mexicano de salud.

En este apartado veremos lo que confiere a nuestro Sistema Nacional de Salud mexicano el cual es definido como un conjunto de entidades públicas —federales y estatales—, del sector social y del privado que prestan servicios de salud a la población que reside en el territorio de México. El surgimiento del Sistema Nacional de Salud está relacionado con la reforma sanitaria que se ha implementado gradualmente en el país a partir de la década de 1980, después de la crisis financiera que llevó al borde de la quiebra al estado mexicano. Para poder enfrentar esta situación el gobierno mexicano suscribió una serie de compromisos con organismos financieros multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, entre los que se encontraba precisamente el desmantelamiento de los servicios estatales de salud y la implementación de un sistema de orientación liberal que permitiera la participación de actores privados en el campo de la salud.

Este está conformado por varias instituciones de esa naturaleza, así como por programas; ambos se encuentran constituidos para llevar a cabo, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Obtener recursos económicos a través de canales obligatorios y voluntarios para financiar los servicios que proporciona.
- b) Desarrollar instalaciones y redes para proveer el servicio que tienen a su cargo.
- c) Financiar el cuidado integral de la infraestructura sanitaria.
- d) Administrar eficientemente los servicios de salud que provee.

1.8. México en el contexto internacional: Objetivos de milenio

1.8.1. Salud y expectativa de vida

La presencia de enfermedades y la ocurrencia de eventos que quebrantan la salud de la población en ocasiones son inevitables, sin embargo, se pueden generar las condiciones para reducir su probabilidad de ocurrencia. En este sentido, durante el siglo pasado se generaron avances significativos en la materia, se han reducido las muertes por enfermedades asociadas a la pobreza; la tasa de mortalidad en adultos se redujo al igual que la mortalidad infantil y la mortalidad materna, en muchos países como México, se ha logrado una cobertura universal en las vacunas del cuadro básico. Por otro lado, se han alcanzado avances significativos en la ciencia y la tecnología que han contribuido a mejorar las condiciones de salud de la población.

Una forma de medir los avances en salud es la esperanza de vida al nacer (EVN), pues refleja la probabilidad que tiene una persona de vivir gracias a las acciones impulsadas por preservar la salud de la población, se ha logrado dar atención a enfermedades que anteriormente causaban la muerte a lo largo del ciclo de vida, y

que hacía que muchas personas no pudieran alcanzar una etapa adulta. En 1960 la EVN más baja en todo el mundo fue de 31 años, para 2007 este indicador fue de 42 años; por otro lado, la EVN más alta fue 74 años en 1960 y para 2007 fue de 83 años; es decir, a nivel mundial se logró aumentar la expectativa de vida de una persona en nueve años. México ha presentado grandes avances en este indicador gracias a las políticas de salud que ha implementado el Estado, mediante la creación de instituciones de seguridad social y de salud, así como de la implementación de diversos programas sociales con un componente de salud. Entre 1960 y 2007 logró aumentar en dieciocho años la EVN; en 2007 la expectativa de vida que tenía cualquier recién nacido era de 75 años, 77 para mujeres y 73 para los hombres. México se ubica en el lugar número 62 de 210 países en este indicador, en 1960 ocupó la posición 85 de 200 países, lo cual refleja avances acelerados con respecto a otros países.

Las políticas de salud han permitido este avance, el diferencial entre México y el promedio de los países con ingreso alto es de apenas cuatro años. Nuestro país se encuentra al mismo nivel que Argentina, Holanda, Polonia, Ecuador y Bosnia Herzegovina.

Los países con mayor rezago en salud se encuentran en África y en Asia, esta tendencia no ha cambiado mucho desde hace casi cincuenta años, los bajos niveles de desarrollo económico que prevalecían desde entonces han mermado el desarrollo de su población, lo cual se ve reflejado en la poca expectativa que tienen las personas de llegar a edades por arriba de los sesenta años.

A lo largo del ciclo de vida, una persona ve interrumpida su salud con alguna enfermedad, lo cual se ve reflejado en un menor número de años para realizar sus actividades diarias, en este sentido se generó la “Esperanza de Vida Sana al Nacer (EVSAN)” como un indicador aproximado de la expectativa de vida que tiene una recién nacido en un país una vez que se le ha descontado los años que las personas pierden como consecuencia de problemas de salud. En 2007, de acuerdo a las

estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo se perdían nueve años en promedio, a pesar de esta diferenciación, la brecha entre países ricos y pobres siguen estando presentes, mientras en países con ingresos altos la esperanza de vida saludable era de setenta años, en países con ingresos bajos era de solo cuarenta y nueve años. En las regiones que realiza la OMS, los diferenciales también se hacen presentes, mientras que en Europa, la región de las Américas y del Pacífico Occidental la EVSN era de 67 años, en África solo era de cuarenta y cinco años.

México se encuentra en la posición cincuenta y cuatro con respecto a este indicador. La EVN es de 76 años mientras que la EVSN es de 67 años, por lo que, de continuar con las condiciones actuales en materia de salud, una persona tiene el riesgo de perder nueve años en promedio por cuestiones de enfermedades.

Los indicadores de mortalidad aportan elementos adicionales a la esperanza de vida para tener un panorama general de la salud en un país. De acuerdo a estimaciones de la OMS, cerca del 20% de todas las defunciones son de niños menores de cinco años, y en muchos países, las tasas de mortalidad en adultos siguen siendo alta, sobre todo en aquellos países donde se suscitan conflictos o en la región de África donde el virus del SIDA causo la muerte de millones de personas.

El riesgo de muerte de un infante sigue estando asociado al nivel de ingreso y de desarrollo de un país. Mientras que en un país con ingreso alto, las muertes que se suscitan por cada 1,000 niños nacidos vivos es de seis, en un país con ingreso bajo es de setenta y ocho, según datos de 2007, es decir, una proporción de uno a trece, sin embargo, existe una clara tendencia a reducir el número de muertes de los recién nacidos, entre 1970 y 2007, los países de ingreso alto mejoraron en este indicador en un 75%, los de ingreso medio en 59% y los de ingreso bajo en 42%, la capacidad para reducir el número de muertes infantiles también es función del ingreso de un país. México, por su parte, logró reducir en un 63% el número de muertes de recién nacidos por cada 1,000 niños nacidos vivos, lo cual representa

uno de los mejores dinamismos en el mundo, sin embargo, si observamos durante las dos últimas décadas, el ritmo de mejora se ha reducido, mientras que en la década de los setenta y ochenta se mejoró el indicador en 26.6% y 27.6%, respectivamente, entre el año 2000 y 2017 solo se ha mejorado en 9.4%, lo que representa la tasa de crecimiento más baja en todos los grupos de países, incluso la de los países de ingreso bajo; México había tenido un comportamiento similar al grupo de países de ingreso medio alto, sin embargo, nuestro país ha comenzado a rezagarse, mucho de ello tiene que ver en que existen regiones al interior del país con grandes rezagos que frenan la reducción en el número de muertes.

En lo que respecta a la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años, la tendencia es un espejo de la tasa de mortalidad en recién nacidos, el mundo ha puesto especial atención en reducir el número de muertes neonatales y en los niños menores de cinco años, sobre todo en ofrecer inmunización en aquellos padecimientos que anteriormente generaban un número elevado de muertes y a la reducción de muertes por infecciones respiratorias y diarreas.

Los avances en México durante las últimas cuatro décadas han sido constantes, sin embargo, al igual que en el indicador anterior, comienza a rezagarse respecto al grupo de países con ingreso medio alto, en la presente década solo ha logrado mejorar en 8%, una tasa de crecimiento muy por debajo del grupo de países con ingreso medio bajo y medio alto (21.5% y 26.5%, respectivamente).

La tasa de mortalidad en personas adultas también se ha logrado reducir a nivel mundial, mientras que en 1960 fallecían 424 hombres por cada 1,000, en 2007 fueron 215, lo cual representó una reducción en el número de muertes relativas de 49%, en el caso de las mujeres, se logró mejorar el indicador en un 57%. No obstante, existen países que durante años, incluso décadas, han estado sumergidas en conflictos bélicos, lo cual hace que los avances que se han tenido en la reducción de la mortalidad infantil, se vean contrarrestados por el aumento de las muertes en adultos; por ejemplo, Afganistán que en 1960 su tasa de mortalidad

en hombres fue de 617, en 2007 apenas logró reducirla a 441. Otro ejemplo es Irak, que llegó a tener una tasa mínima de 145 en el año de 1997 pero que a partir del año 2000 su tasa ha ido en aumento hasta llegar un número de muertes de 234 hombres por cada 1000 adultos hombres. Por otro lado, se encuentran aquellos países que tienen una tasa de mortalidad superior a la que tenía a principios de la década de 1960, los casos más drásticos son Zimbawe, Swaziland, Mozambique, Malawi e incluso Sudáfrica.

Por su parte, México ha tenido grandes avances, actualmente tiene una tasa de mortalidad en adultos de 142 en hombres y de 79 en mujeres mientras que en 1960 estas tasas eran de 306 y 250, respectivamente. Las tendencias han sido positivas en todos los años, sin embargo, al igual que en las tasas de mortalidad infantil, se ha llegado a un punto en donde le cuesta más al país tener avances significativos en la reducción de muertes en personas adultas, los avances más grandes se dieron en las décadas de los sesenta, setenta y ochenta.

Actualmente los países de ingreso alto han superado los problemas de salud asociados a la pobreza, que en siglos anteriores, y todavía a principios del siglo XXI generaban un número muy grande de muertes. Actualmente, este grupo de países tienen problemas con el estado de salud de su población, pero generados por dos cuestiones fundamentales: la transición demográfica y el cambio epidemiológico, este último, asociado con los hábitos de alimentación y con el estilo de vida de la población.

En algunos países, la población comenzó a consumir un mayor número de calorías como consecuencia del aumento de su ingreso y de la reducción del número de pobres, además, las transformaciones económicas y sociales generaron cambios en el estilo de vida. Por ejemplo, Corea del Sur, que a partir de la década de los setenta comenzó un despegue en su economía, incrementó en 2000 calorías su consumo per cápita en tan solo quince años. En México sucedió algo similar, el auge económico de la segunda mitad del siglo XX permitió que los mexicanos

aumentaran exponencialmente el promedio de consumo calórico. El dinamismo económico permitía que un gran número de personas fueran saliendo de la pobreza y que como consecuencia demandaran un mayor volumen de alimentos.

Este dinamismo económico provocó grandes transformaciones sociales, como la migración masiva del campo a la ciudad, lo cual representó un cambio drástico en su estilo de vida, la gente comenzó a comer en lugares públicos y a llevar una vida sedentaria mucho más intensa. Estos incrementos en el consumo calórico han hecho que surja un nuevo patrón de padecimientos como lo es la diabetes. Algunas políticas públicas comenzaron a implementarse en algunos países, con el fin de atender este nuevo patrón de padecimientos, sobre todo, los países asiáticos han logrado estabilizar el consumo calórico de su población, pero por el contrario, países como Canadá, E.U. y Portugal lo siguen aumentando.

La mejora en el ingreso de la población permite a la población tener una mejor alimentación y también cambiar sus hábitos de alimentación, en el caso de México, sucede un fenómeno diferente, en los años de auge económico mucha población tuvo la oportunidad de aumentar su consumo en alimentos, sin embargo, este aumento se vio potencializado como consecuencia de la naturaleza de la dieta mexicana, altamente rica en grasas y carbohidratos. El crecimiento en el consumo calórico ha sido mucho más grande que el incremento en el ingreso per cápita de la población, y esto se explica por el tipo de dieta mexicana.

1.8.2. Los Objetivos del milenio

En septiembre del 2000, 183 países se reunieron en la Asamblea General de las Naciones Unidas donde firmaron la Declaración del Milenio, documento donde especificaban que, además de las responsabilidades que los mandatarios tienen con sus países, mencionaban: “nos incumbe la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial” (Declaración del Milenio, septiembre de 2000). Uno de los

acuerdos de esta reunión fue establecer un plan de acción encaminado a buscar el desarrollo equitativo de las naciones, tratando de lograr un mundo y una sociedad más justa.

En esta asamblea se establecieron ocho “Objetivos de Desarrollo del Milenio” (ODM), los cuales buscan erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la igualdad de género; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna; combatir enfermedades como el SIDA, la malaria, entre otras; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y; fomentar una alianza mundial para el desarrollo. Los parámetros para alcanzar estos objetivos están reflejados en las veintiuna metas y cincuenta y seis indicadores, los cuales permiten dar un seguimiento de manera cuantitativa al progreso de los objetivos, la fecha límite para alcanzarlas era en 2015.

Actualmente se han presentado cinco informes donde se muestra el grado de avance de las metas establecidas a nivel mundial, en el informe más reciente (2010) la Organización de las Naciones Unidas (ONU) menciona los avances que se han tenido en la materia, pero también menciona el riesgo que existe de no cumplir con las metas establecidas dado el gran rezago que existe en algunas regiones del mundo. De acuerdo al Secretario General de la Organización, el problema que peores consecuencias está generando es la crisis económica que se vive desde mediados de 2008, y que vino a profundizar las consecuencias negativas de la crisis alimentaria que se ha vivido durante los últimos dos años. Los peores impactos se verán reflejados en el número de pobres, pues se espera que como consecuencia de dicha crisis el número de personas que viven en condiciones de pobreza extrema aumente entre 55 y 90 millones, actualmente el número de personas en esta condición se estima en 1,400 millones, es una enorme cantidad de personas que subsisten en las peores condiciones. Hasta hace un año, se venía reduciendo el número de pobres, sin embargo, como consecuencia de la crisis esta tendencia se está revirtiendo; además, en el 2008 se invirtió la tendencia en la erradicación del hambre como consecuencia del aumento de los precios de los alimentos, estos dos

factores, previa la ONU que puedan repercutir en el nivel de nutrición y la tasa de mortalidad de los niños (Informe de los ODM 2010). Adicionalmente, la ONU también ha reconocido que algunos indicadores no han tenido el desempeño esperado, sobre todo en algunos países, donde las condiciones económicas y sociales han limitado el cumplimiento de las metas.

En este apartado se analizarán los avances que se han tenido en los objetivos que están directamente relacionados con la salud de la población; el motivo del por qué se analizarán estos objetivos es porque están directamente relacionados con la erradicación de enfermedades asociadas a la pobreza resulta fundamental para permitir el desarrollo de la población, mejorar su nivel de bienestar e incrementar el gozo de una vida larga y saludable; se analizarán desde dos enfoques: por nivel de ingreso y por región.

1.9. La salud en México: desigualdades sectoriales y estatales

El sistema de salud mexicano comenzó a gestarse en años posteriores a la Revolución Mexicana de 1910, gracias a que logró consolidarse un nuevo Estado Mexicano y a que se crearon una serie de garantías constitucionales. Las políticas de salud fueron gestionadas y financiadas desde entonces por el Estado; en 1917 se creó el Departamento de Salubridad Pública que acogía un conjunto de instituciones poco organizadas, en 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública, que en conjunto con el Departamento de Salubridad Pública se responsabilizaban de coordinar la política de salud entre distintos prestadores de servicios.

En 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como resultado de la fusión de las dos instituciones que ya existían, con el mandato de ampliar la cobertura a la población pobre y de establecer una política general de salud pública. También se crea el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS) con el objetivo de brindar seguridad social a los trabajadores empleados en el sector formal. Con estas dos instituciones se formaliza el sistema de salud actual, pero desde entonces con

una clara segmentación en los grupos de población objetivo, por un lado, se consideraba su situación laboral y por otra no. Estas diferencias se fueron acentuando cuando se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1960, y la creación de instituciones de seguridad social para grupos de trabajadores en específico: militares, sector petrolero y de servidores públicos estatales. “Este enfoque llevó a basar el acceso no en las necesidades, sino en la situación ocupacional y la capacidad de pago, lo que a su vez ocasionó una asignación de recursos y un acceso a los servicios de salud sustentado en la influencia política y económico de los distintos grupos socioeconómicos” (OCDE, 2010 p. 23). Desde entonces, la seguridad social se financia por un sistema tripartito entre trabajadores, patrones y el Estado, mientras que la Secretaría de Salud y Asistencia sólo era financiada por el Estado, pero con beneficios claramente diferentes.

Estos desequilibrios hicieron que en la década de los setenta se buscara ampliar la cobertura de servicios de salud y seguridad social a otros sectores de la población, así como incorporar programas de asistencia para aquellas personas que no tuvieran seguridad social y que estuvieran en condiciones de pobreza. De esta forma nació el programa IMSS – COPLAMAR, que después fue conocido como IMSS- Solidaridad y actualmente como IMSS oportunidades.

En la década de los noventa se incorporaron programas de lucha contra la pobreza, Solidaridad en la administración de 1988-1994; Progresá en la administración de 1994-2000 y Oportunidades, entre otros, todos ellos incluían un componente de salud con el fin de mitigar las restricciones de salud de la gente más marginada. En la administración 2000-2006 se hizo una propuesta interesante y se orientaron esfuerzos hacia la consolidación de un sistema nacional de protección social en salud, con el llamado programa del Seguro Popular de Salud (2001-2003 prueba piloto; en 2003 se decreta formalmente su institucionalización). Con esto se busca que toda la población tenga una cobertura universal de los servicios de salud, basado en un seguro médico y así evitar gastos catastróficos. Actualmente, se han

hecho esfuerzos considerables por aumentar la cobertura de este sistema a la población que no se encuentra inscrita en algún sistema de seguridad social y se ha planteado como objetivo alcanzar una cobertura en los 13.9 millones de familias que no cuentan con seguridad social para 2017.

1.9.1 La estructura del sistema de salud

En los antecedentes anteriormente examinados se describieron a grandes rasgos la evolución del sistema de salud, lo que da cabida a entender la estructura que se tiene actualmente. Por un lado, se encuentran los trabajadores que laboran formalmente y que cuenta con los beneficios de la seguridad social, este segmento de la población está afiliada a alguna de las siguientes instituciones: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los trabajadores de PEMEX, de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y los de la Secretaría de Marina (SEMAR). Por otro lado, se encuentra la población abierta que puede estar inscrita en el Seguro Popular de Salud (SPS), en IMSS-Oportunidades, en el Seguro de Salud para la Familia (afiliación voluntaria al IMSS) y el servicio de salud gratuidad o que se atienden en los establecimientos de la Secretaría de Salud o en los Servicios Estatales de Salud. Existe un segmento de la población que utiliza los seguros privados como mecanismo de protección en salud, se atienden en hospitales, sanatorios o clínicas privadas.

Es evidente que existe una variada oferta institucional dentro del sistema de nacional de salud, sin embargo, cada una de las instituciones ofrece cobertura a determinado segmento de la población, lo que generar una gran segmentación en el otorgamiento de servicios y en el tipo de cobertura que se ofrece. Las instituciones de que atienden a la población abierta están enfocadas únicamente a prestar servicios para la salud, mientras que las instituciones de seguridad social otorgan un seguro de salud y diferentes prestaciones: cesantía por vejez, invalidez o muerte;

prestaciones por enfermedad y maternidad, accidentes de trabajo, pensiones, desempleo y asignaciones.

La población abierta que solo recibe servicios de salud en el mejor de los casos queda exento de pago; de igual forma la atención no es a todos los niveles, en algunos casos solo es atención primaria. El seguro popular aún no está consolidado y aún está en discusión el paquete de servicios y los niveles de atención. La población que es beneficiaria del Programa Oportunidades queda automáticamente inscrita en el seguro popular.

Los mecanismos que han implantado las diferentes administraciones públicas, han resultado en una gran heterogeneidad de programas e instituciones que brindan servicios de salud. Podemos clasificarlas en tres sectores: 1) población con seguridad social; 2) Población con seguro público voluntario; y 3) Población no asegurada con esquemas gubernamentales que garantizan el acceso a los servicios. Bajo este esquema, es evidente que existe una amplia segmentación de los servicios de salud, lo cual no sería parte de un fuerte debate si no existiera una diferenciación en el tipo de servicio, en la oportunidad y en el alcance de los mecanismos de protección con los cuales cuentan; esta situación genera una gran desigualdad en el acceso a los servicios de salud, lo cual resulta inadmisibles en una visión amplia de la universalización de los servicios de salud y en la aplicación estricta de la legislación mexicana.

Con datos de la Secretaría de Salud, en 2015 existían 69.3 millones de personas que contaba con algún seguro público (66.9% del total de la población), siendo el IMSS la principal institución aseguradora con el 64.9% del total de asegurados. Antes de que se instaurara el Seguro Popular (SP), el ISSSTE era la segunda institución con más afiliados a la seguridad social, sin embargo, es claro que a partir de las reformas a la Ley General de Salud se plantea que el SP sea la principal forma de brindar protección en salud a la población que no cuente con seguridad social. Es necesario resaltar esto, ya que si bien las políticas de salud están

encaminadas a dar cobertura universal a la población, aún quedan pendientes otros temas en la agenda, como lo es la eficiencia y la calidad de los servicios.

De los 333 millones (aproximados) de personas que no contaban con seguridad social ni seguro popular en el 2015, se estimaban que el noventa por ciento tenía acceso a servicios públicos de salud a través de la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud o IMSS-oportunidades; sin embargo, es probable que alrededor del 10% restante no tuviera acceso a dichos servicios. Esto indica que alrededor del 3% de la población aún atiende sus problemas de salud mediante la medicina tradicional (OCDE, 2015).

Aun cuando se podría seguir argumentando en torno a la hipótesis de las desigualdades sectoriales en el sistema público de salud, los elementos descritos anteriormente ayudan a entender el origen del problema en la cobertura del sistema de salud, y marcan la pauta también para entender el problema de la desigualdad en el financiamiento y el gasto, tanto por el lado de las instituciones como por el lado de los niveles de gobierno.

En algunas entidades federativas se han creado institutos de seguridad social estatales, con el fin de ofrecer atención en salud y pensiones, principalmente, a los empleados del gobierno del estado. Estos Institutos ofrecen servicios de salud para la población derechohabiente, la cual complementa la oferta institucional del Sistema Nacional de Salud. Con base en el directorio de la Asociación Nacional de Instituciones Estatales de Seguridad Social, actualmente se encuentran constituidos legalmente quince institutos en el país, sin embargo, prácticamente en todas las entidades existe al menos una dirección encargada de administrar las pensiones de los trabajadores del gobierno estatal.

Dentro de estos institutos, los más consolidados son el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Nuevo León (ISSSTELEON).

El ISSEMYM fue constituido como tal en 1969, sin embargo, sus antecedentes se remontan desde 1946, por su parte, el ISSSTELEON fue creado en 1983.

En síntesis, la estructura institucional de servicios de salud es muy amplia en México, lo que dificulta la unificación de servicios y la generación de estrategias coordinadas para el cuidado de salud de la población, este problema ha sido el resultado de una falta de visión de Estado a través de la historia reciente del país, que no ha sido capaz de consolidar un sistema nacional de salud integrado, no se diga un sistema universal en igualdad de condiciones para toda la población.

1.9.2. Sectorización del gasto y financiamiento de las instituciones de salud

La gran diversidad institucional en el sistema de salud mexicano es causa de las desigualdades en el financiamiento y gasto público en salud. Se ha mencionado que el gasto total en salud en México es fundamentalmente privado (alrededor del 52%), por lo que las personas cubren sus necesidades en sanidad a través de los desembolsos al momento de la contingencia. El gasto público representa el 48% restante del gasto en salud en México, sumergido en una gran diversidad de origen y destino de los flujos.

El origen de los recursos para financiar al sistema provienen de las aportaciones que realiza la sociedad a manera de impuestos, cuotas para el sistema de seguridad social o pago de primas (para el caso de los seguros privados); recursos que fluyen a los diferentes niveles de gobierno y que son canalizados para el financiamiento de las diferentes actividades que realiza el Estado (en el caso de los impuestos), o que son administrados por las diferentes instituciones de seguridad social. Para éste último caso, se han determinado diferentes cuotas en función de una programación previamente acordada entre los involucrados (trabajadores, patrones, y gobierno).

Los recursos son canalizados a la sociedad a través de las diferentes instituciones que conforman el sistema nacional de salud, ya sea que brinden servicios públicos

a población asegurada o no asegurada. A estas instituciones se les asigna un presupuesto anual fundamentalmente mediante dos criterios: con en el objetivo para la que fueron creadas y dependiendo del sector de la población que atienden. Describamos a continuación la forma en cómo se financia cada una de las instituciones.

Instituciones de Seguridad Social. Estas instituciones fueron creadas en sus inicios mediante el acuerdo del sector laboral formal, las empresas y el Estado, por lo que su financiamiento proviene de estos tres sectores en función de lo estipulado en la Ley del Seguro Social y la Ley del ISSSTE. La población objetivo son todas aquellas personas del sector privado y empleados de gobierno que tengan un contrato formal de trabajo, pueden gozar de los beneficios que otorga el sistema sin tener que hacer un copago, y con derecho a utilizar toda la infraestructura propia que tienen las instituciones.

Seguro de Salud para la Familia. Con la reforma al IMSS que entró en vigor en 1997, también se trató de ampliar la cobertura del sistema de seguridad a aquellas personas que por su situación laboral no gozaran de este derecho. De esta forma se instauró el Seguro de Salud para la Familia destinado a todos aquellos trabajadores que estuvieran fuera del sector formal, que fueron auto empleados, trabajadores por honorarios, etc., con un sistema de financiamiento bipartito (gobierno federal y miembros de la familia).

Seguro Popular de Salud (SPS). Fue creado en 2001 buscando alcanzar tres objetivos fundamentales (Seguro Popular de Salud, en www.salud.gob.mx):

1. Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.
2. Crear una cultura de prepago en los beneficiarios del SPS.
3. Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud.

El SPS opera como un seguro público y voluntario, dirigido a familias sin seguridad social en materia de salud. La finalidad de este programa es evitar el empobrecimiento de la gente con menos recursos por causa de gastos catastróficos en salud. La población objetivo son las familias de bajos ingresos ubicadas en los primeros seis deciles de la distribución del ingreso.

Estos niveles de contribución fueron establecidos en la reforma de la Ley del Seguro Social de 1995. Las tasas de aportación al IMSS varían de la siguiente manera: Si el salario base de aportaciones es 3 salarios mínimos: Trabajadores: cero; si el salario base de aportación es 3 salarios mínimos: Trabajadores: 2% x (salario base de aportación - 3 salarios mínimos); Patrones: 6% x (salario base de aportación - 3 salarios mínimos). Fuente: adaptado de OCDE (2015 pp. 40-42).

El SPS está sustentado jurídicamente por las reformas hechas a la Ley General de Salud y su Reglamento, que se publicaron en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004, respectivamente.

Para la operación e implementación del sistema, están consideradas tres fuentes de aportación diferentes:

1. Federación, Secretaría de Salud. Cubre anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del sistema equivalente al quince por ciento de un salario mínimo general vigente en la ciudad de México.
2. Gobierno de los Estados y el centro del país. Aportan una cuota equivalente a la mitad de la cuota social que destine la Federación.
3. Familias Afiliadas. Participan con una cuota familiar que será anticipada, anual y progresiva, la cual se determina por su condición socio económica, y puede liquidarse de forma trimestral. La base para definir la cuota familiar es el nivel de ingreso o la carencia de éste, de acuerdo a su evaluación, existen

familias exentas de la aportación, las familias de deciles I y II de la distribución del ingreso, pertenecen al régimen no contributivo.

Adicionalmente, se podrán considerar sujetos de incorporación al régimen no contributivo a aquellas familias que:

- Sean beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal, residentes en localidades rurales.
- Ser residentes de localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes.
- Las que determine la Comisión Nacional de Protección Social en salud.

Bajo esta dinámica, el gobierno federal ha planteado la posibilidad de que el Seguro Popular logre cubrir a toda aquella población que hoy no está afiliada a alguna de las instituciones de seguridad social en un periodo de transición que terminará en 2020, cuando el Sistema de Protección Social en Salud logre una cobertura universal.

Servicios Estatales de salud (SESA) y establecimientos de la Secretaría de Salud. Creados para garantizar el acceso de los servicios de salud a toda la población a cambio del pago de una cuota de recuperación, fueron creados a la par del IMSS. Los fondos para su operación provienen básicamente del presupuesto federal de los Ramos 12 y 33, asignados mediante un presupuesto global anual.

IMSS – Oportunidades. Tiene sus antecedentes con el programa IMSS Coplamar (1979) e IMSS-Solidaridad, es parte de las acciones que realiza el gobierno federal para combatir a la pobreza. La población objetivo es aquella que se reside en zonas rurales sin acceso a servicios básicos de salud. Su financiamiento se hace mediante asignaciones presupuestarias del gobierno federal y no se realiza copago alguno.

Oportunidades (antes progresa). Programa de desarrollo humano para la superación de la pobreza, que provee de apoyos al ingreso de la población marginada del país, enfocados a la educación, alimentación y salud. Es financiado por el gobierno federal y los recursos se canalizan por medio del Ramo 12 (parra el componente de salud), a través de un presupuesto general anual.

La distribución del gasto ha variado en función de las modificaciones y reformas que se han realizado al sistema de salud; pero lo que se debe de destacar es que el grueso el gasto público se ha incrementado como proporción del producto interno bruto. En 1993 representaba 2.5% del PIB y para 2015 se había incrementado en punto cinco puntos porcentuales; si bien es cierto que la tendencia del gasto total en salud indica un crecimiento en términos relativos, aún no se llega a los niveles de gasto de otros países con niveles de desarrollo similares como Costa Rica o Argentina.

En 1993 el 80.7% del gasto público en salud se hacía a través de las instituciones de seguridad social, en los doce años subsecuentes es clara la tendencia a reducir su importancia relativa, en 2005 representaba el 62.1% lo que implica una reducción de casi veinte puntos porcentuales. Esto se explica por dos fenómenos, el primero de ellos es que el gasto en seguridad social no ha crecido sustancialmente por el fenómeno de la proliferación de trabajos informales y del empleo precario (considérese subempleo, empleo temporal, empleo por honorarios, que no cuenta con las garantías de la seguridad social); y el segundo fenómeno se ha dado por las diferentes reformas que se han realizado al sistema de salud, la ampliación de los beneficios que otorgan los programas de desarrollo humano, la mayor participación estatal (derivado de una incipiente descentralización y coparticipación de los gobiernos locales), así como de la inclusión del ramo 33 para el Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud; y la reforma a la Ley General de Salud que marca el nacimiento del Seguro Popular de Salud (En diciembre de 2006, en su discurso de inicio de gobierno, anunció el otorgamiento de un seguro de salud para todos los niños que nacieran en el periodo de la administración federal que preside)

y que es uno de los proyectos más ambiciosos de política de salud desde hace más de medio siglo.

Esto nos permite a medias obtener un diagnóstico con diferentes perspectivas, por un lado, existe una mayor participación de los gobiernos estatales y una mayor diversificación del gasto en salud, con saldos positivos para la población no asegurada. Y por otro lado, una mayor diversificación del gasto implica una mayor segmentación de los servicios de salud, es decir, se han estado creando diferentes mecanismos que compensen la desigualdad y la inequidad en la prestación de servicios públicos de salud, que han sido gestionados en diferentes administraciones públicas federales, pero que aún no han sido enfocados a alcanzar un sistema público de salud que sea eficiente y equitativo. Además de que los beneficios de la seguridad social se han visto estancados, debido al lento crecimiento en el número de afiliados.

Marco de referencia.

Introducción.

CAPITULO I: Los servicios de salud en México y la situación actual de los mismos.

1.1. Conceptos generales de los servicios de salud en México.

1.2 Las funciones específicas de los servicios de salud.

1.3. Clasificación de los servicios de salud.

1.4. Instituciones de salud públicas

1.5. Unidades del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)

1.6. Instituciones de salud del sector privado

1.7. El sistema mexicano de salud.

1.8. México en el contexto internacional: Objetivos de milenio

1.8.1. Salud y expectativa de vida

1.8.2. Los Objetivos del milenio

1.9. La salud en México: desigualdades sectoriales y estatales

1.9.1 La estructura del sistema de salud

1.9.2. Sectorización del gasto y financiamiento de las instituciones de salud

1.9.3. Análisis regional del gasto

1.10. El estado actual de la salud en México: mortalidad y morbilidad

1.11. Los objetivos de desarrollo del milenio en salud, desigualdades estatales

CAPITULO II. Las políticas del Estado: la Administración, la Política Social y el marco jurídico para el cuidado y resguardo en materia de salud en México.

2.1. El Estado

2.2. Administración Pública

2.3. Marco legal de la protección de la salud en México

2.4. Antecedentes de la política social en México.

2.4.1. Focalización

2.4.2 Privatización

2.5. Universalismo básico como alternativa de política social

2.6 Garantías sociales y derechos subjetivos.

2.6.1. Garantías sociales.

2.7. Aspectos generales del artículo 4° constitucional en materia de salud.

2.7.1. El derecho a la salud.

2.7.2. Consagración de los derechos relacionados con la salud en la constitución política de los estados unidos mexicanos.

2.8. La ley general de salud.

2.9. Disposiciones complementarias.

2.9.1. La Ley de Asistencia Social.

2.9.2. La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

2.9.3. La Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.

2.9.4. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

2.9.5. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

CAPITULO III: Implementación de las políticas para la atención de los servicios de salud pública en materia reproductiva y sexual.

3.1. Primera incorporación de los componentes de la Salud Reproductiva.

3.2. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

3.3. Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud

3.4. Las políticas de salud reproductiva en la actualidad.

3.4.1. Plan Nacional de Desarrollo

3.4.2. Programa Nacional de Población

3.4.3. La planificación familiar.

3.4.4. Los varones en la planificación familiar.

3.4.5. El aborto, la salud reproductiva y los jóvenes.

3.5. Programa Nacional de Salud, Programa de Acción: Mujer y Salud.

3.6. Programa de Acción: salud reproductiva, VIH/SIDA, cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud.

3.7. El Sistema Nacional de Asistencia Social

3.8. La creación de los derechos sexuales.

3.9. ¿Qué son los derechos sexuales?

3.10. La naturaleza de los derechos sexuales.

3.11. Propuesta feminista de los derechos sexuales.

3.12. Las dimensiones ética, jurídica y política de los derechos sexuales y reproductivos.

3.12.1. Dimensión ética.

3.12.2. Dimensión jurídica.

3.12.3. Dimensión política.

CAPITULO IV: Acciones del gobierno mexicano hacia la universalización de los servicios de salud y las disyuntivas de los órdenes de gobierno en materia de planificación familiar y salud reproductiva.

4.1. El Sistema de Protección Social en Salud.

4.2 Portabilidad y convergencia

4.3. El intercambio de servicios de salud en México

4.4. Convenios y Acuerdos

4.5. Propuesta de FUNSALUD, hacia la universalidad de los servicios de salud.

4.6. El Estado mexicano y las políticas de población

4.7. Las reformas jurídicas y la política demográfica.

4.7.1. La Planificación Familiar en México.

4.7.2. La Anticoncepción en México.

4.7.3. El movimiento a favor del control natal en México.

4.8. ¿Qué es la salud reproductiva?

4.8.1. Salud reproductiva y reproducción humana.

4.8.2. La institucionalización de la salud reproductiva en México.

4.9. La salud Integral para las mujeres. Un saldo pendiente del régimen.

4.10. Violencia de género. Condición que acompaña a las mujeres en su ciclo vital.

4.10.1. El aborto. Un problema de salud pública y justicia social.

4.10.2. La salud reproductiva y el aborto en México.

4.10.3. Los varones y su inclusión en las políticas de población.

Conclusiones

Bibliografía

6. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.

Hipótesis central

A pesar del éxito relativo de las políticas públicas en materia de salud reproductiva impulsadas en las década de los 80 y 90s reflejado en el descenso de la tasa de crecimiento demográfico y de índice de transmisión de enfermedades sexuales, esta muestra signos de agotamiento reflejado en el desfase de los estándares internacionales y las metas programadas en materia de combate a los embarazos no deseados y una nueva expansión de las ETS principalmente en mujeres, las propuestas de solución han resultado insuficientes al no considerar el enfoque de género en dichas políticas.

Hipótesis secundarias

- 1) En los últimos años se ha visto un cambio en el paradigma de la provisión de servicios de salud orientados a la mujer, particularmente se han centrado los esfuerzos por ampliar la cobertura de los programas preventivos de salud reproductiva, lo cual pese a ser positivo; también ha implicado el abandono de la atención directa, la cual se ha venido rezagando de forma significativa, de tal manera que no se ha logrado revertir el daño que la falta de atención oportuna y pertinente significa en la atención a enfermedades sexuales y problemas del embarazo.

- 2) La falta de cobertura de las agencias gubernamentales de salud, así como la baja flexibilidad operativa y presupuestal, ha limitado la instrumentación y generalización de acciones específicas exitosas respecto a garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de salud, lo cual queda evidenciado en el aumento de los problemas en los embarazos y partos, así como la presencia de infecciones sexualmente transmisibles totalmente prevenibles.

7.- PRUEBA EMPÍRICAS O CUALITATIVAS DE LAS HIPÓTESIS.

Hipótesis central

A pesar del éxito de las políticas públicas en materia de salud reproductiva reflejado en el descenso de la tasa de crecimiento demográfico, esta muestra signos de agotamiento reflejado en el desfase de los compromisos internacionales y metas programadas de los resultados cada vez cuestionables, por lo que se hace necesario la transformación de los modelos de atención vigentes.

Para comprobar la hipótesis central que guio esta investigación, se desarrolló en primer lugar (capítulo 1) un marco teórico y conceptual de la salud pública que corresponde a los modelos biomédico y biopsicosocial, así como elementos de la teoría de género. Dicha teoría ha dado surgimiento a la denominada perspectiva de género, la cual se ha erigido como un paradigma que permite abordar los problemas sociales de una manera más integral y equitativa.

En este sentido, los planteamientos de este enfoque son para nosotros los más adecuados para evaluar la situación de la salud reproductiva de las mujeres mexicanas. Asimismo, al ser un enfoque que abarca el componente de acciones de salud se ve enriquecido por la visión de conjunto de lo social.

En el capítulo 1 expusimos los elementos que integran los modelos biomédico y biopsicosocial de los nuevos enfoques sobre la salud pública, en el capítulo 2 identificamos los componentes que integran el diseño e implementación de políticas públicas en materia de salud.

Ámbitos en los cuales se desarrollan políticas que tienen como finalidad diseñar y promover el principio de la salud reproductiva y la equidad de género.

La hipótesis central quedó corroborada con la información presentada en los capítulos 2 y 3. En el primer capítulo, presentamos una selección de mecanismos institucionales y de política pública en materia de salud reproductiva.

En el ámbito nacional, respecto a la salud reproductiva en diversos grupos de población y las políticas instrumentadas para su atención, así como el presupuesto comprometido.

El desfase de los compromisos internacionales y metas programadas de los resultados cada vez cuestionables, por lo que se hace necesario la transformación de los modelos de atención vigentes. Al que hace referencia la hipótesis central quedó corroborada al enfrentar estos datos sobre los mecanismos institucionales y programáticos, con una serie de indicadores que fueron elegidos para evaluar los niveles de atención que reciben las mujeres mexicanas del sector salud en materia de atención a las principales patologías asociadas a la reproducción humana.

De esta manera presentamos información empírica sobre tres grandes rubros:

- 1) La situación de diversos grupos de población en materia de aborto, anticoncepción y planificación familiar, como un primer acercamiento a la situación de las mujeres en el país.

Los indicadores utilizados fueron: número de alumbramientos nacidos vivos, uso de métodos anticonceptivos e información sobre planificación familiar.

- 2) Los esfuerzos gubernamentales en atención a la salud sexual y reproductiva.

Desde un enfoque de políticas públicas, la participación del estado se sustenta en el ideal de equidad y justicia social, según el cual la atención a la mujer tiene el doble propósito de apoyar la reproducción social y sustentar la salud de las mujeres.

Los indicadores utilizados para evaluar la incidencia de las políticas instrumentadas desde el estado fueron: Gasto público en programas de prevención y atención del embarazo, campañas de planificación familiar, resultados específicos por programa.

Indicadores que asimismo apoyan la comprobación de la primera hipótesis secundaria.

- 3) Alcance y resultados de acciones alternativas de salud, utilizando los siguientes indicadores: número de personas atendidas, cobertura espacial y origen de patrocinios.

La ciudadanía en materia de acciones de salud preventivas:

Como parte del nuevo paradigma de atención a la salud reproductiva se observa el surgimiento de organizaciones ciudadanas no gubernamentales que realizan crecientes esfuerzos en la dotación de servicios de salud, sobre todo en materia de prevención, algunas de estas organizaciones destacan por el diseño e implementación de modelos de atención novedosos y sustentables.

Los indicadores utilizados para medir la participación de las iniciativas ciudadanas alternativas fueron: personas atendidas, cobertura especial y resultados operativos.

Estos indicadores apoyaron la comprobación de la tercera hipótesis secundaria.

Cabe señalar que todos los indicadores utilizados provienen de fuentes como el INEGI, la CEPAL, el INMUJERES, SSA se eligieron una serie de indicadores.

Derivado de que han existido diversos ordenamientos legales en materia de salud en nuestro país a lo largo de su historia, al hacer un análisis de ellos nos percatamos que la evolución legal en este aspecto ha sido muy lenta, pues hasta el año de 1983 se eleva a rango constitucional el derecho a la protección a la salud y hasta el 2004 surge el Sistema de Protección Social en Salud, lo cual nos indica que se han dado importantes pasos pero hasta fechas recientes y al momento nos parece que, después de tantos años, ya debería existir una regulación más efectiva, que cumpla con las expectativas de la población, que no haga distinciones ni condicione el acceso a los servicios de salud.

En un país como México, donde predominan las desigualdades sociales y el bajo nivel de ingreso en una parte importante de la población, la provisión de los servicios de salud debe ser primordialmente una responsabilidad pública. Esto ayudaría a reducir las desigualdades y permitiría mejorar las condiciones para su desarrollo humano.

Al explorar la naturaleza jurídica del derecho a la protección de la salud nos percatamos que no reúne las características de una garantía individual, atendiendo, entre otras cosas, a que no es un derecho subjetivo oponible a todos, incluso a las autoridades; tampoco

podemos identificarlo como una garantía social, debido a que no cumple con las características más básicas para serlo, como lo es el hecho de ir dirigida a una clase social desvalida en relación con otra. Derivado de lo indicado podemos decir que se trata de un verdadero imperativo programático, el cual se encuentra a expensas de las consideraciones reales, de prioridad y presupuestales del Estado, por otro lado, su eventual incumplimiento no conlleva sanción y no son accionables, es decir no pueden ser reclamados ante la autoridad judicial.

Como derecho fundamental, su objetivo es evitar los privilegios injustificados y colocar a todos los individuos en la misma situación frente a la ley, evitando distinciones entre las personas.

El Derecho a la Protección de la Salud, es un derecho social, por lo tanto, se impone al Gobierno obligación de hacer, la cual se refleja a través de una serie de acciones mismas que están destinadas a satisfacer las necesidades de las personas, sin embargo, al mismo tiempo se debe pensar en la colectividad.

Cuando vemos que en la actualidad, el Estado se encuentra imposibilitado para promover un servicio adecuado de salud, lo que significa, que muchos pobres se encuentran obligados a arreglárselas por sí mismos, que en caso de un padecimiento menor recurren a médicos o clínicas particulares, que en muchas ocasiones dejan con grandes deudas a la familia o al enfermo.

Aunque existen programas creados por el gobierno, tales como el seguro popular, también es cierto que éstos, se encuentran condicionados y que es muy poca la gente que se beneficia con ellos. Hace falta la creación de más centros de salud comunitarios y hospitales generales, ya que los existentes, son insuficientes para la gente de bajos recursos que acude a ellos, el personal médico es insuficiente, lo que provoca que se le dé una mala atención al enfermo, toda vez que, aunque lleve consigo un estado de salud grave, tiene que hacer grandes filas o esperar turno para ser atendido.

Ahora bien, la promoción de la salud, consiste en enseñar a la población que es importante participar en el cuidado de su salud, tanto familiar, como de la comunidad a la que pertenece, con un conocimiento claro que les facilite la identificación de problemas y las

soluciones a éstos. Con la única finalidad de salvar vidas y de prolongarlas y hacerlas más tolerables. La prevención de la salud trata de evitar una enfermedad específica. Muy frecuentemente se habla de promoción y prevención como si fueran una misma cosa, pero existe una gran diferenciación. Así, podemos decir que, la promoción es más dinámica y ambiciosa que la prevención. Quien se ocupa de prevenir la enfermedad, considerará exitosa su gestión, en tanto logre que los individuos estén exentos de enfermedad; pero se debe admitir que salud no es simplemente ausencia de enfermedad. En la prevención, el evitar la enfermedad es el objetivo final y, por tanto, la ausencia de ésta sería un logro suficiente.

Nuestro sistema de salud brinda una oferta de servicios totalmente desiguales, y no cubren la totalidad de la población con un seguro público de salud además de tener enfrente grandes retos para los próximos años. Más aun, el gasto público que se ejerce es bajo en comparación con el resto de los países del mundo teniendo grandes rezagos sociales, el esfuerzo de gasto de las diferentes órdenes de gobierno es completamente desigual, existe una gran dependencia del gobierno federal para la administración y gestión de recursos y servicios, el gasto que se otorga por institución o programa es desigual. Una de las condiciones necesarias para enfrentar estos retos es pensar en la reforma fiscal, que la salud y el gasto social en general sean un incentivo a formular propuestas que permitan fortalecer los acuerdos políticos e institucionales. Una reforma fiscal integral, que haga propuestas más elaboradas que una simple generalización de las tasas impositivas, que implique una mayor participación de las órdenes de gobierno y que garantice la eficiencia del gasto.

Hipótesis secundaria 1

1) A pesar de los esfuerzos por ampliar la cobertura de los programas preventivos de salud reproductiva, no se ha logrado revertir la presencia de patologías sociales como la transmisión de enfermedades sexuales, embarazos no deseados y problemas de embarazo.

Esta hipótesis se comprobó con la presentación de los resultados de la problemática vigente (capítulo 2) en cuanto: abortos, personas infectadas por transmisión sexual y problemas en el embarazo. Si bien la acción estatal ha insistido durante mucho tiempo sobre estas

materias; las cifras expuestas muestran que dichos documentos aún no han tenido el efecto esperado.

Los indicadores utilizados para evaluar cobertura de los programas preventivos de salud reproductiva fueron: número de embarazos no nacidos, infecciones por ETS, entre otros.

Como se demuestra de la lectura de la presente investigación, la anterior hipótesis resulto ser cierta. La sociedad debe esforzarse por garantizar el acceso y servicio oportuno, sin restricciones a la salud y así garantizar el bienestar social en México.

El Derecho a la Salud es un derecho social, hoy está en crisis, puesto que no hay mecanismos que lo hagan exigible, por ello es necesario realizar una profunda revisión desde el marco constitucional, determinando los procesos que lo hagan exigible.

En el ámbito Internacional se han creado grandes organismos internacionales que se han preocupado por el reconocimiento, preservación, aplicabilidad y vigilancia del derecho a la salud, entre las que encontramos la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Mundial del Trabajo (OTI), Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

México ha suscrito y ratificado varios tratados y ha formado varias convenciones en materia internacional, todas con la finalidad de regular la materia de salud.

El derecho a la salud en el ámbito nacional ha tenido dificultades para su desarrollo, aun así, se han obtenido grandes logros, que no son suficientes para solucionar esta gran problemática en la satisfacción de un derecho básico como lo es éste.

El derecho a la salud, depende mucho de la clase social a la que pertenece el individuo, en varias investigaciones se ha demostrado que los más desfavorecidos social y económicamente son los que mayores problemas de salud tienen, esto significa que entre más pobres sean, se está más propenso a adquirir alguna enfermedad. Son muchos los factores que influyen en la conservación de la salud, tales como la cultura, la educación, la

vivienda, la familia, la organización social, los factores culturales, como las costumbres, los hábitos, la religión y la alimentación.

En el caso de México, que se ha planteado el objetivo de alcanzar la universalización de los servicios de salud también deberá de ir midiendo el progreso no solo en el padrón de ciudadanos inscritos en alguna institución de salud, sino que deberá ir evaluando la eficiencia del sistema a partir de la erradicación y control de enfermedades, y de la estandarización de la salud de los ciudadanos.

La propuesta de universalización de los servicios de salud del gobierno mexicano está basada en mantener una estructura institucional que segmenta las oportunidades de atención de enfermedades y cuidado de la salud de la población. Se mantiene un sistema de salud que desde sus inicios estuvo caracterizado por ofrecer un servicio diferenciado dependiente del sector social o de la condición laboral de la población, por lo que el diseño del Sistema de Protección Social en Salud perpetúa problemas que desde el punto de vista de los derechos ciudadanos deberían eliminarse.

Hipótesis secundaria 2

2) El aumento de los problemas en los embarazos y partos, así como la presencia de infecciones sexualmente transmisibles totalmente prevenibles, son una forma de expresión que demuestra que la estrategia es equivocada en cuanto a educación sexual.

Esta hipótesis se corroboró con la información expuesta en los apartados del capítulo 2 sobre la patología existente en diversos grupos de población y con los datos de los programas de gobierno expuestos en el capítulo 3, a partir de los cuales se demuestra que la situación de la medicina preventiva como la educación sexual no está trascendiendo en la modificación de conductas y la práctica de sexo seguro.

En consecuencia, en el capítulo 3 se presenta algunos de los programas de salud de mayor presencia pero que no obstante la presentación de cifras voluminosas no se refleja en los cambios de conducta de la población sexualmente activa.

Se evaluó utilizando los siguientes indicadores:

Estimado del número y cobertura de las organizaciones, personas atendidas, resultados operativos, cobertura geográfica, entre otras.

Esta hipótesis también resulta cierta, ya que de lo descrito con anterioridad, se desprende: Actualmente existe bien definido el concepto de salud y bienestar, pero el concepto legal, político y social es todavía insuficiente.

Tendremos que crear una gran conciencia de la educación para la salud, este sería un factor de gran ayuda en la solución de este problema tan serio, que afecta tanto la convivencia armónica y el desarrollo de nuestra sociedad. Conciencia que consiste en enseñar a las personas a usar más efectivamente los servicios de salud, a cambiar sus actitudes en cuanto a la forma en que procuran por su salud en caso de síntomas o signos de alarma, en cuanto a su disciplina para su cumplimiento de las prescripciones médicas y a elevar su interés para la aplicación de medidas preventivas para acudir a los distintos centros de atención disponibles, y a su vez que los centros tenga la obligación ineludible de atender a cualquier persona que lo solicite. Sin importar su condición social, y sin poner tantos formalismos.

Si analizamos nos damos cuenta que el derecho que más ejercemos es el del voto, pero lo demás derechos donde se encuentran dónde quedan el resto del tiempo, al no ejercerlos otorgamos estos derechos al Estado para que los ejerza por nosotros.

Las políticas del gobierno se limitan a una deficiente y distorsionada información, otro factor que influye en detrimento de la salud es el deterioro del medio ambiente, el cual sigue siendo una triste realidad. Es de suma importancia poner atención a un problema tan serio como los es la falta de atención médica a las personas que lo requieren, y en particular a los menores en situación de pobreza extrema, en caso de seguir ignorando a este sector, lo que lograremos será el deterioro de la misma sociedad.

Un primer paso a una solución a este grave problema es que se asigne un porcentaje del presupuesto federal a este objetivo en particular y que se le dé seguimiento constante. De tal forma que no quede, solo como buenos deseos que nunca se cumplirán.

Esta hipótesis queda demostrada a lo largo del trabajo, peor aún es una realidad de la cual todos somos responsables.

Como sociedad requerimos construir una visión de bienestar social, el derecho a la salud en condiciones de extrema pobreza, debe ser una prioridad.

Debemos desplegar esfuerzos contra la desigualdad y la pobreza, es una tarea prioritaria que exige ser atendida, no sólo por razones económicas y políticas, sino éticas. Este ejercicio debe ser un todo integrado, formar parte de las responsabilidades del gobierno y de la sociedad, en el entendido de que la cuestión social involucra no sólo al Estado, sino al conjunto de la sociedad.

La construcción de opciones en materia social requiere ir más allá de la perspectiva sexenal, implica una visión de largo plazo. Esto es lo que se puede llamar la instrumentación de políticas de Estado. En las sociedades modernas tienden a existir esferas en las cuales los principios organizadores y articuladores de las políticas públicas están definidos, aceptados y consensuados entre los diversos actores políticos y tienen continuidad más allá de la alternancia de las fuerzas políticas, lograr que haya una observancia de carácter general y que no se quede solo en buenos deseos.

Uno de nuestros supuestos de investigación es que las políticas sociales orientadas a atender las demandas de la sociedad se han caracterizado por ser puntuales, mínimas, poco elaboradas, segmentadas, lo cual, en lugar de haber contribuido a lograr los objetivos específicos enunciados de integración social, contribuyeron a

reforzar su aislamiento a través de la pérdida de confianza en la institución pública. Puede decirse que las políticas sociales para la salud no atendieron en su mayoría los problemas para las que habían sido creadas.

Si bien es cierto que la institucionalidad pública atraviesa por una profunda crisis de credibilidad entre la sociedad, sólo una respuesta integral, incluyente, legitimada por el propio Estado puede tratar de ofrecer una respuesta a la integración salud y bienestar nacional partiendo de: a) un diagnóstico que permita conocer ampliamente la situación estructural y socio-cultural de la salud; b) facilitar programas de trabajo directo que sean con los actores importantes de los proyectos; c) evaluar sistemáticamente las distintas estrategias de trabajo; y, d) permitir que la propuesta tenga un carácter democrático, participativo, incluyente y autogestivo que incluya las diferentes propuestas culturales de los grupos y sus necesidades.

Objetivo General	Objetivos específicos	Preguntas	Hipótesis	Desarrollo
Describir y analizar las políticas públicas para el acceso de las mujeres a los servicios de salud en México, en lo que corresponde a derechos sexuales y reproductivos, protección social y de la salud, el grado de cumplimiento de estas políticas como parte de la obligación constitucional del Estado, con el fin de universalizar la protección de la salud y garantizar así, bienestar y desarrollo de la población.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la estructura y conformación de los sistemas de salud en México. • Describir las generalidades de los diferentes programas encargados de la asistencia en salud a mujeres y población en general en México. • Analizar los conceptos y clasificación de las garantías sociales y de los derechos subjetivos, que están vinculados al derecho a la salud y la 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la estructura y conformación de los sistemas de salud en México? - ¿Cómo se integran y relacionan los diferentes programas encargados de la asistencia en salud a mujeres y población en general en México? - ¿Cuáles son los conceptos generales y cómo se clasifican las garantías sociales y los derechos subjetivos vinculados al derecho a la salud 	<p>Hipótesis central</p> <p>A pesar del éxito relativo de las políticas públicas en materia de salud reproductiva impulsadas en las década de los 80 y 90s reflejado en el descenso de la tasa de crecimiento demográfico y de índice de transmisión de enfermedades sexuales, esta muestra signos de agotamiento reflejado en el desfase de los estándares internacionales y las metas programadas en</p>	<p>Capítulo I: LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO Y LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS MISMOS.</p> <p>1.1. Conceptos generales de los servicios de salud en México.</p> <p>1.2. Las funciones específicas de los servicios de salud</p> <p>1.3. Clasificación de los servicios de salud</p> <p>1.4. Instituciones de salud públicas</p> <p>1.5. Unidades del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)</p> <p>1.6. Instituciones de salud del sector privado</p> <p>1.7. El sistema mexicano de salud.</p>

	<p>protección de la misma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir los antecedentes de la política social en México, de la protección de la salud y el marco jurídico que le sustenta, así como los conceptos de universalismo, focalización y privatización, como soporte de la implementación de los programas focalizados que surgieron en la segunda mitad del s. XX. • Analizar el surgimiento y evolución del sector salud, así como su funcionamiento institucional y el interés del Estado y de la Administración Pública por cumplir con el mandato constitucional del derecho a la salud, proporcionando protección social y acceso a los servicios de salud para toda la población teniendo en primera línea a las mujeres. • Describir los diferentes ordenamientos 	<p>y la protección de la misma?</p> <p>- ¿Cuáles son los antecedentes de la política social en México como base para la protección de la salud, qué marco jurídico lo sustenta y bajo qué conceptos se desarrollan los primeros programas focalizados como alternativas de política social?</p> <p>- ¿Cómo surgió y cómo ha sido la evolución del Sector Salud, cómo es su funcionamiento institucional y cómo se refleja el interés del Estado y de la Administración Pública por cumplir el mandato constitucional del derecho a la salud por proveer esta protección y brindar acceso a los servicios de salud a toda la población teniendo en primera línea a las mujeres?</p> <p>- ¿Cuáles son los diferentes ordenamientos legales que regulan el derecho a la protección de la salud?</p> <p>- ¿Cuáles son los diferentes programas de acción, que derivan</p>	<p>materia de combate a los embarazos no deseados y una nueva expansión de las ETS principalmente en mujeres, las propuestas de solución han resultado insuficientes al no considerar el enfoque de género en dichas políticas.</p> <p>Hipótesis secundarias</p> <p>1) En los últimos años se ha visto un cambio en el paradigma de la provisión de servicios de salud orientados a la mujer, particularmente se han centrado los esfuerzos por ampliar la cobertura de los programas preventivos de salud reproductiva, lo cual pese a ser positivo; también ha implicado el abandono de la atención directa, la cual se ha venido rezagando de forma significativa, de tal manera que no se ha logrado revertir el daño que la falta de atención oportuna y pertinente</p>	<p>1.8. México en el contexto internacional: Objetivos de milenio</p> <p>1.8.1. Salud y expectativa de vida</p> <p>1.8.2. Los Objetivos del milenio</p> <p>1.9. La salud en México: desigualdades sectoriales y estatales</p> <p>1.9.1 La estructura del sistema de salud</p> <p>1.9.2. Sectorización del gasto y financiamiento de las instituciones de salud</p> <p>1.9.3. Análisis regional del gasto</p> <p>1.10. El estado actual de la salud en México: mortalidad y morbilidad</p> <p>1.11. Los objetivos de desarrollo del milenio en salud, desigualdades estatales</p> <p>Capítulo II.</p> <p>LAS POLÍTICAS DEL ESTADO: LA ADMINISTRACIÓN, LA POLÍTICA SOCIAL Y EL MARCO JURÍDICO PARA EL CUIDADO Y RESGUARDO EN MATERIA DE SALUD EN MÉXICO.</p> <p>2.1. El Estado</p> <p>2.2. Administración Pública</p> <p>2.3. Marco legal de la protección de la salud en México</p> <p>2.4. Antecedentes de la política social en México.</p> <p>2.4.1. Focalización</p> <p>2.4.2 Privatización</p> <p>2.5. Universalismo básico como alternativa de política social</p> <p>2.6 Garantías sociales y derechos subjetivos.</p> <p>2.6.1. Garantías sociales.</p>
--	---	---	---	--

	<p>legales que regulan el derecho a la protección de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar los diferentes programas de acción, que derivan del Plan Nacional de Desarrollo, describiendo los retos, metas, objetivos y líneas estratégicas en materia de salud reproductiva como parte del Programa Nacional de Población y de la política de planificación familiar que vincula sus objetivos con los del sector salud. Describir aquellos programas que no pertenecen a la Secretaría de Salud, pero que incorporan el enfoque de género en la administración pública como uno de los ejes de los derechos reproductivos. Exponer las diferentes leyes que regulan la actividad gubernamental referente a la salud reproductiva, así como las normas oficiales que 	<p>del Plan Nacional de Desarrollo, qué retos, metas, objetivos y líneas estratégicas establece en materia de salud reproductiva como parte del Programa Nacional de Población y de la política de planificación familiar y cómo vincula sus objetivos con los del sector salud?</p> <p>- ¿Qué otros programas existen que no pertenecen a la Secretaría de Salud e incorporan el enfoque de género la administración pública como uno de los ejes los derechos reproductivos?</p> <p>- ¿Cuáles son las diferentes leyes que regulan la actividad gubernamental referente a la salud reproductiva, así como las normas oficiales que marcan las pautas en temas específicos en esta materia?</p>	<p>significa en la atención a enfermedades sexuales y problemas del embarazo.</p> <p>2) La falta de cobertura de las agencias gubernamentales de salud, así como la baja flexibilidad operativa y presupuestal, ha limitado la instrumentación y generalización de acciones específicas exitosas respecto a garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de salud, lo cual queda evidenciado en el aumento de los problemas en los embarazos y partos, así como la presencia de infecciones sexualmente transmisibles totalmente prevenibles.</p>	<p>2.7. Aspectos generales del artículo 4° constitucional en materia de salud.</p> <p>2.7.1. El derecho a la salud.</p> <p>2.7.2. Consagración de los derechos relacionados con la salud en la constitución política de los estados unidos mexicanos.</p> <p>2.8. La ley general de salud.</p> <p>2.9. Disposiciones complementarias.</p> <p>2.9.1. La Ley de Asistencia Social.</p> <p>2.9.2. La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.</p> <p>2.9.3. La Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.</p> <p>2.9.4. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. 123</p> <p>2.9.5. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.</p> <p>Capítulo III: IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN MATERIA REPRODUCTIVA Y SEXUAL.</p> <p>3.1. Primera incorporación de los componentes de la Salud Reproductiva.</p> <p>3.2. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.</p> <p>3.3. Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud</p>
--	---	--	--	---

	<p>marcan las pautas en temas específicos en esta materia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar las acciones realizadas a partir de la implementación de políticas públicas como la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud. • Exponer algunas estrategias implementadas por la Secretaría de Salud como la portabilidad y convergencia, así como convenios y acuerdos firmados en el Sector Salud como parte de las acciones enfocadas a la universalización de los servicios de salud en el país. • Describir la influencia de la Fundación Mexicana para la Salud en las políticas de salud, que van dirigidas a la universalización de estos servicios como, por ejemplo, el Seguro Popular, la política de planificación familiar, la utilización de 	<p>- ¿Qué acciones se han llevado a cabo a partir de la implementación de políticas públicas como la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud?</p> <p>- ¿Qué estrategias ha implementado la Secretaría de Salud y qué convenios y acuerdos ha firmado en el Sector Salud como parte de las acciones enfocadas a la universalización de los servicios de salud en el país?</p> <p>- ¿Cómo ha influido la Fundación Mexicana para la Salud en las políticas de salud, dirigidas a la universalización de estos servicios, en la planificación familiar, la utilización de métodos anticonceptivos y la atención de la salud materno-infantil?</p> <p>¿Cómo se abordan los aspectos de la salud reproductiva, la violencia de género, el aborto y la inclusión de los varones en las políticas de población, como ámbitos de intervención y</p>		<p>3.4. Las políticas de salud reproductiva en la actualidad.</p> <p>3.4.1. Plan Nacional de Desarrollo</p> <p>3.4.2. Programa Nacional de Población</p> <p>3.4.3. La planificación familiar.</p> <p>3.4.4. Los varones en la planificación familiar.</p> <p>3.4.5. El aborto, la salud reproductiva y los jóvenes.</p> <p>3.5. Programa Nacional de Salud, Programa de Acción: Mujer y Salud.</p> <p>3.6. Programa de Acción: salud reproductiva, VIH/SIDA, cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud.</p> <p>3.7. El Sistema Nacional de Asistencia Social</p> <p>3.8. La creación de los derechos sexuales.</p> <p>3.9. ¿Qué son los derechos sexuales?</p> <p>3.10. La naturaleza de los derechos sexuales.</p> <p>3.11. Propuesta feminista de los derechos sexuales.</p> <p>3.12. Las dimensiones ética, jurídica y política de los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>3.12.1. Dimensión ética.</p> <p>3.12.2. Dimensión jurídica.</p> <p>3.12.3. Dimensión política.</p> <p>Capítulo IV: ACCIONES DEL GOBIERNO MEXICANO HACIA LA UNIVERSALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LAS DISYUNTIVAS DE LOS ÓRDENES DE</p>
--	--	---	--	--

	<p>métodos anticonceptivos en población en edad reproductiva y la atención de la salud materno-infantil.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar aspectos como la salud reproductiva, la violencia de género, el aborto y la inclusión de los varones en las políticas de población, como ámbitos de intervención y atención dentro de la protección social de la salud. 	<p>atención dentro de la protección social de la salud?</p>		<p>GOBIERNO EN MATERIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA.</p> <p>4.1. El Sistema de Protección Social en Salud.</p> <p>4.2. Portabilidad y convergencia</p> <p>4.3. El intercambio de servicios de salud en México</p> <p>4.4. Convenios y Acuerdos</p> <p>4.5. Propuesta de FUNSALUD, hacia la universalidad de los servicios de salud.</p> <p>4.6. El Estado mexicano y las políticas de población.</p> <p>4.7. Las reformas jurídicas y la política demográfica.</p> <p>4.7.1. La Planificación Familiar en México.</p> <p>4.7.2. La Anticoncepción en México.</p> <p>4.7.3. El movimiento a favor del control natal en México.</p> <p>4.8. ¿Qué es la salud reproductiva?</p> <p>4.8.1. Salud reproductiva y reproducción humana.</p> <p>4.8.2. La institucionalización de la salud reproductiva en México.</p> <p>4.9. La salud Integral para las mujeres. Un saldo pendiente del régimen.</p> <p>4.10. Violencia de género. Condición que acompaña a las mujeres en su ciclo vital.</p> <p>4.10.1. El aborto. Un problema de salud pública y justicia social.</p>
--	--	---	--	---

				4.10.2. La salud reproductiva y el aborto en México. 4.10.3. Los varones y su inclusión en las políticas de población.
--	--	--	--	---

Primera hipótesis secundaria

Objetivo General	Objetivos específicos	Preguntas	Hipótesis	Desarrollo
<p>Describir y analizar las políticas públicas para el acceso de las mujeres a los servicios de salud en México, en lo que corresponde a derechos sexuales y reproductivos, protección social y de la salud, el grado de cumplimiento de estas políticas como parte de la obligación constitucional del Estado, con el fin de universalizar la protección de la salud y garantizar así, bienestar y desarrollo de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la estructura y conformación de los sistemas de salud en México. • Describir las generalidades de los diferentes programas encargados de la asistencia en salud a mujeres y población en general en México. • Analizar los conceptos y clasificación de las garantías sociales y de los derechos subjetivos, que están vinculados al derecho a la salud y la protección de la misma. • Describir los antecedentes de la política social en México, de la protección de la salud y el marco jurídico que le sustenta, así como los conceptos de universalismo, focalización y privatización, como soporte de 	<p>- ¿Cuál es la estructura y conformación de los sistemas de salud en México?</p> <p>- ¿Cómo se integran y relacionan los diferentes programas encargados de la asistencia en salud a mujeres y población en general en México?</p> <p>- ¿Cuáles son los conceptos generales y cómo se clasifican las garantías sociales y los derechos subjetivos vinculados al derecho a la salud y la protección de la misma?</p> <p>- ¿Cuáles son los antecedentes de la política social en México como base para la protección de la salud, qué marco jurídico lo sustenta y bajo qué conceptos se desarrollan los primeros programas focalizados como alternativas de política social?</p>	<p>Hipótesis secundarias</p> <p>1) En los últimos años se ha visto un cambio en el paradigma de la provisión de servicios de salud orientados a la mujer, particularmente se han centrado los esfuerzos por ampliar la cobertura de los programas preventivos de salud reproductiva, lo cual pese a ser positivo; también ha implicado el abandono de la atención directa, la cual se ha venido rezagando de forma significativa, de tal manera que no se ha logrado revertir el daño que la falta de atención oportuna y pertinente significa en la atención a enfermedades</p>	<p>Capítulo I: LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO Y LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS MISMOS.</p> <p>1.1. Conceptos generales de los servicios de salud en México.</p> <p>1.2 Las funciones específicas de los servicios de salud</p> <p>1.3. Clasificación de los servicios de salud</p> <p>1.4. Instituciones de salud públicas</p> <p>1.5. Unidades del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)</p> <p>1.6. Instituciones de salud del sector privado</p> <p>1.7. El sistema mexicano de salud.</p> <p>1.8. México en el contexto internacional: Objetivos de milenio</p> <p>1.8.1. Salud y expectativa de vida</p> <p>1.8.2. Los Objetivos del milenio</p> <p>1.9. La salud en México: desigualdades sectoriales y estatales</p> <p>1.9.1 La estructura del sistema de salud</p> <p>1.9.2. Sectorización del gasto y financiamiento de las instituciones de salud</p> <p>1.9.3. Análisis regional del gasto</p>

	<p>la implementación de los programas focalizados que surgieron en la segunda mitad del s. XX.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar el surgimiento y evolución del sector salud, así como su funcionamiento institucional y el interés del Estado y de la Administración Pública por cumplir con el mandato constitucional del derecho a la salud, proporcionando protección social y acceso a los servicios de salud para toda la población teniendo en primera línea a las mujeres. • Describir los diferentes ordenamientos legales que regulan el derecho a la protección de la salud • Identificar los diferentes programas de acción, que derivan del Plan Nacional de Desarrollo, describiendo los retos, metas, objetivos y líneas estratégicas en materia de salud 	<p>- ¿Cómo surgió y cómo ha sido la evolución del Sector Salud, cómo es su funcionamiento institucional y cómo se refleja el interés del Estado y de la Administración Pública por cumplir el mandato constitucional del derecho a la salud por proveer esta protección y brindar acceso a los servicios de salud a toda la población teniendo en primera línea a las mujeres?</p> <p>- ¿Cuáles son los diferentes ordenamientos legales que regulan el derecho a la protección de la salud?</p> <p>- ¿Cuáles son los diferentes programas de acción, que derivan del Plan Nacional de Desarrollo, qué retos, metas, objetivos y líneas estratégicas establece en materia de salud reproductiva como parte del Programa Nacional de Población y de la política de planificación familiar y cómo vincula sus objetivos con los del sector salud?</p>	<p>sexuales y problemas del embarazo.</p>	<p>1.10. El estado actual de la salud en México: mortalidad y morbilidad</p> <p>1.11. Los objetivos de desarrollo del milenio en salud, desigualdades estatales</p> <p>Capítulo II. LAS POLÍTICAS DEL ESTADO: LA ADMINISTRACIÓN, LA POLÍTICA SOCIAL Y EL MARCO JURÍDICO PARA EL CUIDADO Y RESGUARDO EN MATERIA DE SALUD EN MÉXICO.</p> <p>2.1. El Estado</p> <p>2.2. Administración Pública</p> <p>2.3. Marco legal de la protección de la salud en México</p> <p>2.4. Antecedentes de la política social en México.</p> <p>2.4.1. Focalización</p> <p>2.4.2 Privatización</p> <p>2.5. Universalismo básico como alternativa de política social</p> <p>2.6 Garantías sociales y derechos subjetivos.</p> <p>2.6.1. Garantías sociales.</p> <p>2.7. Aspectos generales del artículo 4° constitucional en materia de salud.</p> <p>2.7.1. El derecho a la salud.</p> <p>2.7.2. Consagración de los derechos relacionados con la salud en la constitución política de los estados unidos mexicanos.</p> <p>2.8. La ley general de salud.</p> <p>2.9. Disposiciones complementarias.</p> <p>2.9.1. La Ley de Asistencia Social.</p>
--	---	---	--	--

	<p>reproductiva como parte del Programa Nacional de Población y de la política de planificación familiar que vincula sus objetivos con los del sector salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir aquellos programas que no pertenecen a la Secretaría de Salud, pero que incorporan el enfoque de género en la administración pública como uno de los ejes de los derechos reproductivos. • Exponer las diferentes leyes que regulan la actividad gubernamental referente a la salud reproductiva, así como las normas oficiales que marcan las pautas en temas específicos en esta materia 	<p>- ¿Qué otros programas existen que no pertenecen a la Secretaría de Salud e incorporan el enfoque de género la administración pública como uno de los ejes los derechos reproductivos?</p> <p>- ¿Cuáles son las diferentes leyes que regulan la actividad gubernamental referente a la salud reproductiva, así como las normas oficiales que marcan las pautas en temas específicos en esta materia?</p>		<p>2.9.2. La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. 2.9.3. La Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente. 2.9.4. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. 123 2.9.5. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.</p> <p>Capítulo III: IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN MATERIA REPRODUCTIVA Y SEXUAL.</p> <p>3.1. Primera incorporación de los componentes de la Salud Reproductiva. 3.2. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. 3.3. Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud 3.4. Las políticas de salud reproductiva en la actualidad. 3.4.1. Plan Nacional de Desarrollo 3.4.2. Programa Nacional de Población 3.4.3. La planificación familiar. 3.4.4. Los varones en la planificación familiar. 3.4.5. El aborto, la salud reproductiva y los jóvenes. 3.5. Programa Nacional de Salud, Programa de Acción: Mujer y Salud. 3.6. Programa de Acción: salud</p>
--	--	---	--	--

				reproductiva, VIH/SIDA, cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. 3.7. El Sistema Nacional de Asistencia Social 3.8. La creación de los derechos sexuales. 3.9. ¿Qué son los derechos sexuales? 3.10. La naturaleza de los derechos sexuales. 3.11. Propuesta feminista de los derechos sexuales. 3.12. Las dimensiones ética, jurídica y política de los derechos sexuales y reproductivos. 3.12.1. Dimensión ética. 3.12.2. Dimensión jurídica. 3.12.3. Dimensión política.
--	--	--	--	---

Segunda hipótesis secundaria

Objetivo General	Objetivos específicos	Preguntas	Hipótesis	Desarrollo
Describir y analizar las políticas públicas para el acceso de las mujeres a los servicios de salud en México, en lo que corresponde a derechos sexuales y reproductivos, protección social y de la salud, el grado de cumplimiento de estas políticas como parte de la obligación constitucional del Estado, con el fin de universalizar la	<ul style="list-style-type: none"> • Describir los antecedentes de la política social en México, de la protección de la salud y el marco jurídico que le sustenta, así como los conceptos de universalismo, focalización y privatización, como soporte de la implementación de los programas focalizados que surgieron en la 	- ¿Cuáles son los antecedentes de la política social en México como base para la protección de la salud, qué marco jurídico lo sustenta y bajo qué conceptos se desarrollan los primeros programas focalizados como alternativas de política social? - ¿Cómo surgió y cómo ha sido la evolución del Sector Salud, ¿cómo es su funcionamiento	Hipótesis secundarias 2) La falta de cobertura de las agencias gubernamentales de salud, así como la baja flexibilidad operativa y presupuestal, ha limitado la instrumentación y generalización de acciones específicas exitosas respecto a garantizar el acceso de las mujeres a los	Capítulo II. LAS POLÍTICAS DEL ESTADO: LA ADMINISTRACIÓN, LA POLÍTICA SOCIAL Y EL MARCO JURÍDICO PARA EL CUIDADO Y RESGUARDO EN MATERIA DE SALUD EN MÉXICO. 2.1. El Estado 2.2. Administración Pública 2.3. Marco legal de la protección de la salud en México 2.4. Antecedentes de la política social en México. 2.4.1. Focalización 2.4.2 Privatización

<p>protección de la salud y garantizar así, bienestar y desarrollo de la población.</p>	<p>segunda mitad del s. XX.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar el surgimiento y evolución del sector salud, así como su funcionamiento institucional y el interés del Estado y de la Administración Pública por cumplir con el mandato constitucional del derecho a la salud, proporcionando protección social y acceso a los servicios de salud para toda la población teniendo en primera línea a las mujeres. • Describir los diferentes ordenamientos legales que regulan el derecho a la protección de la salud • Identificar los diferentes programas de acción, que derivan del Plan Nacional de Desarrollo, describiendo los retos, metas, objetivos y líneas estratégicas en materia de salud reproductiva como parte del Programa Nacional de Población y de la 	<p>institucional y cómo se refleja el interés del Estado y de la Administración Pública por cumplir el mandato constitucional del derecho a la salud por proveer esta protección y brindar acceso a los servicios de salud a toda la población teniendo en primera línea a las mujeres?</p> <p>- ¿Cuáles son las diferentes ordenamientos legales que regulan el derecho a la protección de la salud?</p> <p>- ¿Cuáles son los diferentes programas de acción, que derivan del Plan Nacional de Desarrollo, qué retos, metas, objetivos y líneas estratégicas establece en materia de salud reproductiva como parte del Programa Nacional de Población y de la política de planificación familiar y cómo vincula sus objetivos con los del sector salud?</p> <p>- ¿Qué otros programas existen que no pertenecen a la Secretaría de Salud e incorporan el enfoque de género la</p>	<p>servicios de salud, lo cual queda evidenciado en el aumento de los embarazos y partos, así como la presencia de infecciones sexualmente transmisibles totalmente prevenibles.</p>	<p>2.5. Universalismo básico como alternativa de política social</p> <p>2.6 Garantías sociales y derechos subjetivos.</p> <p>2.6.1. Garantías sociales.</p> <p>2.7. Aspectos generales del artículo 4° constitucional en materia de salud.</p> <p>2.7.1. El derecho a la salud.</p> <p>2.7.2. Consagración de los derechos relacionados con la salud en la constitución política de los estados unidos mexicanos.</p> <p>2.8. La ley general de salud.</p> <p>2.9. Disposiciones complementarias.</p> <p>2.9.1. La Ley de Asistencia Social.</p> <p>2.9.2. La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.</p> <p>2.9.3. La Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.</p> <p>2.9.4. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.</p> <p>2.9.5. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.</p> <p>Capítulo III: IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN MATERIA REPRODUCTIVA Y SEXUAL.</p> <p>3.1. Primera incorporación de los componentes de la Salud Reproductiva.</p>
---	---	--	---	---

	<p>política de planificación familiar que vincula sus objetivos con los del sector salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir aquellos programas que no pertenecen a la Secretaría de Salud, pero que incorporan el enfoque de género en la administración pública como uno de los ejes de los derechos reproductivos. • Exponer las diferentes leyes que regulan la actividad gubernamental referente a la salud reproductiva, así como las normas oficiales que marcan las pautas en temas específicos en esta materia • Analizar las acciones realizadas a partir de la implementación de políticas públicas como la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud. • Exponer algunas estrategias implementadas 	<p>administración pública como uno de los ejes los derechos reproductivos?</p> <p>- ¿Cuáles son las diferentes leyes que regulan la actividad gubernamental referente a la salud reproductiva, así como las normas oficiales que marcan las pautas en temas específicos en esta materia?</p> <p>- ¿Qué acciones se han llevado a cabo a partir de la implementación de políticas públicas como la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud.</p> <p>- ¿Qué estrategias ha implementado la Secretaría de Salud y qué convenios y acuerdos ha firmado en el Sector Salud como parte de las acciones enfocadas a la universalización de los servicios de salud en el país?</p> <p>- ¿Cómo ha influido la Fundación Mexicana para la Salud en las políticas de salud, dirigidas a la universalización de estos servicios, en</p>		<p>3.2. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.</p> <p>3.3. Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud</p> <p>3.4. Las políticas de salud reproductiva en la actualidad.</p> <p>3.4.1. Plan Nacional de Desarrollo</p> <p>3.4.2. Programa Nacional de Población</p> <p>3.4.3. La planificación familiar.</p> <p>3.4.4. Los varones en la planificación familiar.</p> <p>3.4.5. El aborto, la salud reproductiva y los jóvenes.</p> <p>3.5. Programa Nacional de Salud, Programa de Acción: Mujer y Salud.</p> <p>3.6. Programa de Acción: salud reproductiva, VIH/SIDA, cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud.</p> <p>3.7. El Sistema Nacional de Asistencia Social</p> <p>3.8. La creación de los derechos sexuales.</p> <p>3.9. ¿Qué son los derechos sexuales?</p> <p>3.10. La naturaleza de los derechos sexuales.</p> <p>3.11. Propuesta feminista de los derechos sexuales.</p> <p>3.12. Las dimensiones ética, jurídica y política de los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>3.12.1. Dimensión ética.</p> <p>3.12.2. Dimensión jurídica.</p> <p>3.12.3. Dimensión política.</p> <p>Capítulo IV:</p>
--	---	--	--	---

	<p>por la Secretaría de Salud como la portabilidad y convergencia, así como convenios y acuerdos firmados en el Sector Salud como parte de las acciones enfocadas a la universalización de los servicios de salud en el país.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir la influencia de la Fundación Mexicana para la Salud en las políticas de salud, que van dirigidas a la universalización de estos servicios como, por ejemplo, el Seguro Popular, la política de planificación familiar, la utilización de métodos anticonceptivos en población en edad reproductiva y la atención de la salud materno-infantil. • Identificar aspectos como la salud reproductiva, la violencia de género, el aborto y la inclusión de los varones en las políticas de 	<p>la planificación familiar, la utilización de métodos anticonceptivos y la atención de la salud materno-infantil?</p> <p>¿Cómo se abordan los aspectos de la salud reproductiva, la violencia de género, el aborto y la inclusión de los varones en las políticas de población, como ámbitos de intervención y atención dentro de la protección social de la salud?</p>		<p>ACCIONES DEL GOBIERNO MEXICANO HACIA LA UNIVERSALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LAS DISYUNTIVAS DE LOS ÓRDENES DE GOBIERNO EN MATERIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA.</p> <p>4.1. El Sistema de Protección Social en Salud.</p> <p>4.2 Portabilidad y convergencia</p> <p>4.3. El intercambio de servicios de salud en México</p> <p>4.4. Convenios y Acuerdos</p> <p>4.5. Propuesta de FUNSALUD, hacia la universalidad de los servicios de salud.</p> <p>4.6. El Estado mexicano y las políticas de población.</p> <p>4.7. Las reformas jurídicas y la política demográfica.</p> <p>4.7.1. La Planificación Familiar en México.</p> <p>4.7.2. La Anticoncepción en México.</p> <p>4.7.3. El movimiento a favor del control natal en México.</p> <p>4.8. ¿Qué es la salud reproductiva?</p> <p>4.8.1. Salud reproductiva y reproducción humana.</p> <p>4.8.2. La institucionalización de la salud reproductiva en México.</p> <p>4.9. La salud Integral para las mujeres. Un saldo pendiente del régimen.</p>
--	---	---	--	---

	población, como ámbitos de intervención y atención dentro de la protección social de la salud.			4.10. Violencia de género. Condición que acompaña a las mujeres en su ciclo vital. 4.10.1. El aborto. Un problema de salud pública y justicia social. 4.10.2. La salud reproductiva y el aborto en México. 4.10.3. Los varones y su inclusión en las políticas de población.
--	--	--	--	---

CONCLUSIONES Y NUEVA AGENDA DE INVESTIGACIÓN.

El reconocimiento e inclusión de los derechos de la mujer en el marco de los derechos humanos universalmente reconocidos, ha sido un proceso largo, complicado e inacabado. Por lo que tanto los derechos sexuales como los de la reproducción, como hemos observado, apenas están siendo reconocidos en occidente, y que deberán ser incorporados en nuestro marco constitucional dentro de las garantías individuales ahí consagradas.

Sacar a la luz y hacer visibles las desigualdades y abusos cometidos históricamente contra las mujeres, ha sido una labor donde las organizaciones feministas destacan por su claridad y precisión en el análisis; profundizando y enriqueciendo los conceptos de ciudadanía que estamos construyendo, para una mejor convivencia humana. En ese marco, el cuerpo de la mujer ha sido el centro de la discusión, sujeto a normas construidas por varones, donde se deliberaba sobre la vida, el derecho a sentir, gozar, el cuerpo reprimido, controlado, enajenado.

En ese contexto, el avance científico ha podido demostrar que son fenómenos diferentes el ejercicio de la sexualidad y el de la reproducción. Las llamadas técnicas de reproducción asistida, como lo son la inseminación artificial, la fecundación in vitro y la maternidad subrogada, dan cuenta de que la sexualidad puede o no devenir en la reproducción, y la reproducción, no requiere un ejercicio previo de la sexualidad.

De esta manera, la vieja consigna feminista de los años sesenta "MI cuerpo es mío", adicionalmente al ejercicio de la libertad en el uso de anticonceptivos, se afirma con evidencias que demuestran dicha diferencia.

Observamos que la cada vez más informada participación de las mujeres en la defensa de sus derechos es lo que hará posible el ejercicio pleno de su calidad de ciudadanas; es decir, la acciones que las propias mujeres deben emprender en la

deconstrucción de la identidad de género asignada, así como el compromiso de promover una cultura política y social que afirme sus derechos en todos los ámbitos de la convivencia humana.

Asistimos al inicio de la praxis de un contexto normativo, impulsado por el feminismo, donde la creación de los derechos sexuales y reproductivos intenta transformar aquellas condiciones que han violentado la integridad corporal de las mujeres, que han violado el derecho a decidir sobre su cuerpo y sexualidad. Los derechos sexuales y reproductivos ingresaron al escenario nacional e internacional recientemente, pero su construcción y defensa tiene más de un siglo.

Transitar de las posturas religiosas, fundamentalmente de corte judeocristiano en occidente, donde la sexualidad sólo se concibe y justifica como un acto para la reproducción de la especie (por lo mismo heterosexual), y por lo tanto hace del placer sexual un pecado; hacia una postura donde los derechos sexuales se diferencian claramente de los reproductivos representa un salto enorme en la afirmación del derecho de las mujeres al placer, al erotismo, al goce del cuerpo. Es decir, desvelar tales derechos como no exclusivos de los varones, sin subordinación alguna por razón de género, ni por argumento religioso alguno.

Por lo que hace a los derechos reproductivos, se hace evidente el que la lucha por lograr una atención integral y de calidad, que responda a las necesidades de las usuarias con alternativas técnicas de alto nivel y respetuosa de su dignidad, debe continuar en tanto se garantice y reconozca que las mujeres tienen derecho a servicios de salud que no reproduzcan desigualdades de ninguna naturaleza.

En dicha lucha, se hace necesario establecer como garantía individual en el artículo 4to constitucional, el derecho a la no discriminación por motivos de sexo, raza, religión, orientación sexual o cualquier otra circunstancia. Reforma que deberá propiciar la reglamentación de sanciones penales y civiles a toda aquella persona que incurra en actos discriminatorios.

En este sentido, la condición de pobreza de mujeres trabajadoras sin protección ni cobertura de seguridad social, profundiza la inequidad en el disfrute de los derechos reproductivos. Como observamos, con la creación del Seguro Popular en 2004, se inician los esfuerzos; pasaron 60 años para que el gobierno hiciera algo realmente operacional para proteger a la población que no contaba con seguridad social o algún otro tipo de aseguramiento en el ramo de la salud.

Por lo que el diseño de políticas públicas en favor de las mujeres, debe partir de la perspectiva de género a favor de igualar la condición de la mujer frente al hombre; incluyendo aquellas en materia de derechos reproductivos que permitan visualizar la correlación entre empoderamiento de la mujer, reproducción y sexualidad. Si bien hemos dado cuenta de los esfuerzos por disminuir la inequidad de género, 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 aún carece de un indicador que desarrolle una evaluación total de sus distintas vertientes institucionales.

En materia de evaluación de las políticas públicas que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, es indispensable la participación de la sociedad civil organizada, así como del poder legislativo respecto de los alcances obtenidos y el uso de los recursos públicos involucrados. Por su experiencia, es la sociedad civil organizada el medio apropiado para 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. Ya que 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 más amplia diversidad, como lo es la perspectiva de género.

En cuanto a los recursos económicos públicos destinados al desarrollo de las políticas públicas autorizadas, deberán ser los órganos colegiados de la Cámara de Diputados, especializados en la equidad de género, los que participen en la evaluación de los resultados presentados por las distintas instituciones involucradas en los distintos procesos.

Por otra parte, si bien ha resultado un avance que la salud reproductiva de las mujeres fuese reconocida como un derecho, quedan temas fundamentales a atender como el aborto, problema de salud pública y justicia social en el que no ha sido posible construir un debate racional y objetivo en el que el debate, por principio, debe centrarse en la salud de las mujeres. En México, el aborto inseguro es la cuarta causa de muerte materna. Se calcula que entre 1990 y 2013 han fallecido un total de 29,822 por causas de muerte materna. 85% de estas muertes habrían podido evitarse de haber contado con atención hospitalaria oportuna y de calidad.

En este sentido, el poder judicial se enfrenta al reto de analizar el tema haciendo una verdadera valoración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; considerando que no todas las mujeres en nuestro país están en posibilidades de decidir ser madres, sino que precisamente a partir de dinámicas de violencia y desigualdad en las relaciones de pareja, se encuentran sometidas a diversas formas y grados de coacción que no necesariamente podrían ser tipificadas como excluyentes de responsabilidad. México ha suscrito al menos cinco tratados internacionales que lo obligan moral y jurídicamente a garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, entre ellos el acceso al aborto seguro.

Como se señaló, la CEDAW en 2006 emitió nuevas recomendaciones a México, manifestando su preocupación por que el aborto es una de las principales causas de muerte materna y que, a pesar de su legalización en casos específicos, las mujeres no tienen acceso a servicios de salud seguros ni a métodos

anticonceptivos. El organismo internacional también solicitó al Estado mexicano que armonice sus leyes en la materia en los niveles federal, estatal y local, lo cual todavía está pendiente.

En el contexto de los derechos sexuales, está pendiente una discusión más amplia, que permita profundizar en el análisis de la concepción teórica de estos derechos y su ejercicio, así como las acciones políticas que acompañen su fortalecimiento, claridad, y campos de acción. En este sentido, socializar su ejercicio pasa necesariamente por procesos de reeducación, donde los viejos parámetros fundados en prácticas machistas sean sustituidos por aquellos que partan del respeto y la tolerancia. Haciendo evidente lo pernicioso de las actitudes que resultan en homofobia, misoginia y discriminación.

Podemos afirmar que en tanto no se dé la armonización de los distintos marcos jurídicos a nivel nacional, México no podrá cumplir con los compromisos internacionales en materia de derechos humanos, porque los códigos penales y civiles de la mayoría de las entidades federativas no han hecho los ajustes legislativos que permitan a los jueces emitir sentencias apegadas a esos convenios.

Motivo por el cual, las mujeres en nuestro país se ven impedidas a ejercer a cabalidad sus derechos: que incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a coacción, la discriminación y la violencia.

El Estado mexicano está en deuda con sus mujeres, al no garantizar en todo el territorio los Derechos Sexuales y Reproductivos que les corresponden; obligación que por definición le corresponde, impidiendo o limitando con ello el que puedan tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva con plena libertad, confianza y seguridad.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

- Diseñar y llevar a cabo una campaña nacional que informe de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres, en todas las lenguas que se hablen en el país, en un plazo no mayor a dos años.

Líneas de acción

1. Integrar el órgano colegiado que definirá los contenidos de la campaña, con la participación de la sociedad civil organizada especializada en estos temas, en coordinación con las principales instituciones académicas del país públicas y privadas, a la luz de las mejores prácticas internacionales.
 2. Diagnosticar en un plazo de un año, los requerimientos de recursos humanos, materiales y financieros que requiere la Campaña.
 3. Proponer a través del órgano colegiado las acciones de seguimiento y evaluación de la Campaña Nacional de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.
- Presentar a la Cámara de Diputados la reforma constitucional que permita garantizar el derecho al aborto a todas las mujeres que habitan en la República Mexicana, y así garantizar el ejercicio pleno de sus derechos reproductivos conforme a los convenios internacionales firmados por el Estado Mexicano.

Líneas de acción

1. Conformar un Comité para la Integración de la Reforma Constitucional que permitirá garantizar el derecho al aborto a todas las mujeres que habitan en la República Mexicana, con integrantes de la sociedad civil organizada especialista en la materia, conforme a los perfiles que para

tal efecto defina la ONU a través de sus instancias especializadas en materia de Derechos Humanos.

2. Integrar, a través del Comité antes mencionado, la Reforma Constitucional que permitirá garantizar el derecho al aborto a todas las mujeres que habitan en la República Mexicana, a partir de la experiencia de lo aprobado para el Gobierno de la Ciudad de México, respecto a la legalización del aborto, en un plazo no mayor a un año.
 3. Instrumentar a través del Comité los mecanismos de evaluación y seguimiento de los procedimientos y acciones realizadas para la integración de la Reforma, en un marco de total transparencia y acceso a la información.
- Realizar un Coloquio a nivel nacional sobre los Derechos Sexuales de la mujer en México, cuyos resultados sirvan para proponer iniciativas de Ley a la Cámara de Diputados.

Líneas de acción

1. Conformar la mesa directiva de especialistas que integrarán el órgano rector del desarrollo del Coloquio de acuerdo a los perfiles que el Instituto Nacional de la Mujer defina.
2. Seleccionar los puntos críticos a revisar, con base a las experiencias, denuncias y señalamientos de las organizaciones de la sociedad civil organizada especializada en la materia., en un plazo de un semestre.
3. Convocar a especialistas, instituciones académicas, de la salud en todas sus vertientes, y sociedad en general a participar en el Coloquio, siendo la mesa directiva quién integre las iniciativas que juzgue conveniente presentar a la Cámara de Diputados.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA.

- Aguilar Cuevas, Magdalena. Manual de capacitación de Derechos Humanos México, CNDH, 1993.
- Aguilar Villanueva, Luis Fernando Estudio Introdutorio, en Problemas públicos y agenda de gobierno. México, Editorial Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, 2000
- Agustín, José. Tragicomedia Mexicana I. La vida en México de 1940 a 1970. México, Planeta.
- 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
- Alberoní, Francesco. Movimiento e institución. Madrid, Editora Nacional, 1981, (Serie cultura, sociedad, teoría y método).
- Alonso Hinojal, Isidro, Sociología de la Medicina, primera edición, Editorial ecnos, España, 1977.
- Alonso, J. El papel de las convergencias de los movimientos sociales en los cambios del sistema político mexicano. Mimeo.
- Amaya Serrano, Mariano, Sociología General, primera edición, Editorial Mc Graw-Hill, México, 1987.
- Amorós, Celia. Feminismo de la igualdad y de la diferencia. México, PUEG/UNAM 1994.
- Arango Durling, Virginia. Derechos humanos de la mujer. Panamá Viejo S.A. 1994.
- Arendth, Hanna. Los orígenes del totalitarismo. Vol. II, Barcelona, Planeta-Agostini 1994.
- Aristóteles La Política. México, Editorial Porrúa, 1992
- Azaola, Elena. Infancia robada, niños y niñas víctimas de explotación sexual en México. México, CIESAS, DIF, UNICEF, 1999.
- Babini, José, Historia de la Medicina, segunda edición, Editorial Gedisa, España, 1985.

- BANAMEX, DIF, UNICEF. Infancia, mujeres y familia en México. Estadísticas seleccionadas. México, BANAMEX, DIF, UNICEF, Dirección de Estudios Económicos y Sociales, 1994.
- Banco Mundial (1993), Informe sobre el desarrollo mundial 1993.
- Banco Mundial (2006), Informe Anual 2006, Washington D.C.
- Bañón, Rafael Los enfoques para el estudio de la administración pública: orígenes y tendencias actuales, en La Nueva Administración Pública. España, Alianza Editorial, 1997
- Barajas, G. (2002). Las políticas de administración de la pobreza en México: Ayer y hoy. Foro Internacional, vol. 42 (1), 63-98.
- Barbieri, Teresita. Acerca de los ámbitos de acción de mujeres en I Coloquio México, PUEG/UNAM, 1991.
- Barr Nicholas. (1993). The economics of the Welfare State. Stanford, Stanford University Press.
- Basaglia, Franca Una voz: reflexiones sobre la mujer. México, Colección la mitad del mundo. UAP, 1986.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. (2011). Sistema de salud de Chile. Salud Publica de México, 53, S132-S143.
- Benítez Centeno, R y Gustavo Cabrera. Proyecciones de la población de México. Banco de México. 1966.
- Beveridge William. (1997). Las Bases de la Seguridad Social. México, FCE.
- Bobbio, N. (2014). Estado, gobierno y sociedad. Por una teoría general de la política. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bonilla García A. y Gruat J.V. (2003), Protección social, una inversión durante todo el ciclo de vida para propiciar la justicia social, reducir la pobreza y fomentar el desarrollo sostenible, Ginebra, Noviembre de 2003.
- Brena Sesma, Ingrid, El Derecho y la Salud, primera edición, Editorial Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2004.
- Bunch, Charlotte (et al.) Los Derechos de las mujeres son derechos humanos. México, Rutgers/ Edamex, 2000.

- Burgoa Orihuela, Ignacio, Las Garantías Individuales, trigésima séptima edición, Editorial Porrúa, México, 2004.
- Burin, Mabel. Estudios sobre la subjetividad femenina, mujeres y salud mental. Argentina, Grupo editor latinoamericano, colección controversia, 1987.
- Bustamante, Miguel. et. al. La Salud Pública en México 1959-1982. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982
- Camacho Sandoval, Salvador. Controversia educativa entre la ideología y la fe México, CONACULTA, 1991.
- Cámara de Diputados. Las mujeres en la revolución mexicana, 1884, 1920. LV Legislatura, México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1992.
- Cantarero Prieto, David (2006), Capítulo IV: La evolución de la financiación sanitaria en España; en Cabasés Hita, Juan Manuel (coordinador), La Financiación del Gasto Sanitario desde la perspectiva comparada; Fundación BBVA, Bilbao España.
- Carbajal, Juan Alberto, Estudios Constitucionales, primera edición, Editorial Porrúa, México, 2000.
- Carbonell, Miguel, La Constitución en serio, primera edición, Editorial Porrúa, conjuntamente con la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2001.
- Cárdenas Vidaurri, José Honorio, Sociología Mexicana, segunda edición, Editorial Trillas, México, 1998.
- 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
- Carrillo Flores, A. Diálogos sobre Población. México, El Colegio de México, 1974.

- Castellón Leal, Enrique y Cabasés Hita Juan Manuel (2005), El sistema nacional de salud en España: perspectiva para el siglo XXI; en Gutiérrez Fuentes, José A. et. al. (coordinadores), Gestión en el Sector de la Salud, Vol. 1 Gestión del Sistema y sus Instituciones, Pearson Prentice Hall. Madrid.
- Castells, Carmen (comp.). Perspectivas feministas en Teoría Política. Barcelona, Paidós, 1996.
- Castrillón y Luna, Víctor M., Derecho Procesal Mercantil, primera edición, Editorial Porrúa, México, 2001.
- Cazés, Daniel. La perspectiva de género. México, CONAPO, Programa Nacional de la Mujer, 1998.
- Cervantes, A., Ética y Salud Reproductiva, primera edición, Editorial Porrúa, México, 2000.
- Chevalier Jacques Historia del Pensamiento Político. México, Fondo de Cultura Económica, 1994
- Clairmonte, F.F.; Cavanagh J. H. (1986); “Las empresas transnacionales y los servicios: la última frontera”, Comercio Exterior, vol. 36, núm. 4, abril.
- CNDH. Manual de derechos humanos. México, CNDH, 1997.
- Coll-Hurtado, Atlántida y Juan Córdoba (2006). La globalización y el Sector Servicios en México. Investigaciones Geográficas, UNAM, No.61. México, pp. 114-131.
- 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
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2006), La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad. Trigésimo primer período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Montevideo, Uruguay.
- Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (CMMS), Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico, México: CMMS, 2006.

- Comisión Nacional de Acción en favor de la Infancia. Programa Nacional de Acciones en favor de la infancia. Evaluación 1990-2000. México.
- Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. Maternidad sin riesgos en México. Carpeta Informativa. México, 1994.
- CONAPO. El problema del aborto en México. México. 10 de agosto, 2000. Mimeo.
- Conde, Silvia. ¿Qué son los derechos humanos? México, Movimiento Ciudadano por la Democracia, 1997.
- CONMUJER, Foro Embarazo en Adolescentes. Avances y retos. México, CONMUJER, 2000.
- CONMUJER. IV Conferencia Mundial de la Mujer. Informe de Ejecución. México, CONMUJER, 2000.
- Consejo Nacional de Población (2006), Índices de Marginación, 2005; México D.F.
- Corona, Yolanda. Infancia, legislación y política. México, UAM, UNICEF, 2000.
- Cruz Rivero, Carlos; Coello Levet, Carlo Gerardo, et. al. (2006), Hacia un sistema único de salud, una propuesta no autorizada. México, D. F.
- Cruz, Francisco, Sociología, claves para un acercamiento a la realidad, primera edición, Ediciones Pirámide, España, 1996.
- Currais, Luis; Rivera, Bertha (2005); Salud, Capital Humano y Productividad, en Gutiérrez Fuentes, José A. et. al. (coordinadores), Gestión en el Sector de la Salud, Vol. 1 Gestión del Sistema y sus Instituciones, Pearson Prentice Hall. Madrid.
- De La Madrid Hurtado, Miguel, Salud, Pensamiento Político (1982-1987), primera edición, Editorial Porrúa, México, 1988.
- Delaunay, Jean Claude; Gadrey, Jean (1992); “Services in Economic Thought. Three Centuries of Debate”, Kluwer Academic Publisher, United States of America.

- Díaz Alfaro, Salomón, Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, primera edición, Editorial Porrúa, México, 1995.
- Díaz Moller Luis T., Bioética, Salud y Derechos Humanos, primera edición, Editorial Porrúa, México, 2001.
- Dulles, John W.F. Ayer en México, Una crónica de la revolución, 1919-1936. México, Fondo de Cultura Económica, 1982.
- Elu, M.C. Cáncer cérvico -uterino. México, Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México. 1998.
- Eric Raga, C. R. (2000). El problema emergente de salud pública. Medicina Universitaria, 2, 215 - 222.
- Espinosa, Gisela y Alma Sánchez También somos protagonistas de la historia. "feminismo y movimientos de mujeres en México; 1970-1990. México, EMAS, 1992.
- Fació Montejo, Alda. Cuando el género suena cambios trae. Costa Rica, Talleres Gráficos de duplicadores de Costa Rica, 1992.
- Family Care International, Acción para el siglo XXI, salud y derechos reproductivos para todos. New York. 1994.
- Farfán Mendoza, G. (s/a). Políticas de estabilización y reformas a la política social en México, en Barba Solano, C. y Valencia Lomelí, E. (coords.). El debate nacional. La política social, México: Universidad de Guadalajara-Editorial Diana.
- Feketekuty, Geza (1990); “Comercio internacional de servicios. Panorama general y modelo para las negociaciones”, Ediciones Gernika, México. pp45-55.
- 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.) Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1997
- Figueroa, Juan Guillermo. Elementos para un análisis ético de la reproducción. México, PUEG-UNAM/Porrúa, 2001.

- Filgueira, F., Molina, C., Papadópulos, J. y Tobar, F. (2005). Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida en América Latina. Uruguay: Centro de Información y Estudios de Uruguay.
- Fishman Ap. (2006). Manual de Enfermedades Pulmonares. Mc Graw-Hill.
- Fleury, S. (2003) ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Flores Gómez González, Fernando, Introducción al Estudio del Derecho y Derecho Civil, tercera edición, Editorial Porrúa, México, 1981.
- Fondo Monetario Internacional. Influencia estacional panorama económico.
- Fraser, Nancy. Teoría Feminista y Teoría Crítica. España, Edicions Alfons el Magnànim, 1990.
- Fujigaki Lechuga, Augusto (coordinador) Historia de la Salud. Reseña Histórica 1982-1988. Tomo I. Secretaría de Salud. México, 1988.
- Fundación Mexicana para la Salud. Institución privada al servicio de la Comunidad. (2011). Proyecto de Universalidad de los Servicios de Salud. México.
- García Delgado José Luis y Bandrés Moliné Eduardo. (2000). “Estado de Bienestar y crecimiento económico”, en Muñoz Machado Santiago y García Delgado José Luis (eds). Las estructuras de bienestar en Europa. Madrid, Civitas.
- García, Clara (2004), Cómo alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio: sugerencias para la cooperación española, Real Instituto Elcano de Estudios Internacionales y Estratégicos.
- Garza, Raúl, Bioética, la toma de decisiones en situaciones difíciles, primera edición, Editorial Trillas, México, 2003.
- Gibertí, Eva. Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental, Argentina, Grupo editorial Latinoamericano.

- Giddens, Anthony. The constitution of society; outline of trie theory or structuración. Cambridge. 1984.
- Gimeno, Juan A. et al. (2005); Economía de la salud: fundamentos; Manuales de dirección médica y gestión clínica, Editorial Díaz de Santos, España.
- González Buitrón, María Arcuela (comp.), También somos protagonistas de la Histor Conde, Silvia También somos protagonistas de la Historia de México, México, Equipo Mujeres en Acción Solidaria (EMAS), 1999.
- González López, G. M., et. al. (2009). Pandemia. Influenza humana AH1N1. Lo que hay que saber sobre ella. México: Alfil.
- González Marín, Ma. Luisa. Globalización en México y desafíos del empleo femenino. México, Porrúa, UNAM/Instituto de Investigaciones Económicas, 2000.
- González Montes, Soledad. Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductivas. México, El Colegio de México, 1999.
- Gordon, S. (1999), Del universalismo estratificado a los programas focalizados. Una aproximación a la política social en México, en Schteingart, Martha, coord., Políticas sociales para los pobres en América Latina, México, Porrúa
- Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva "Respuestas al Cuestionario: Guía para el seguimiento de la ejecución en México del Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y el Desarrollo, CIPD+5 (documento preliminar), México dic. 1988.
- Güemez Troncoso, José, Conceptos sobre Medicina Social y Lineamientos, primera edición, Editorial Porrúa, México, 1971.
- Guerrero Orozco, O. (2007). Principios de la Administración Pública. Colombia: Escuela Superior de Administración Pública.
- Gutiérrez Aragón, Raquel, Esquema Fundamental del Derecho Mexicano, décima quinta edición, Editorial Porrúa, México, 2000.
- Gutiérrez Gallo, Amador, La Democracia y Los Derechos Sociales y Económicos, primera edición, Editorial Divulgación, México, 1999.

- Gutiérrez Junquera, Pablo (1993); “El crecimiento de los servicios. Causas repercusiones y políticas”, Alianza Economía, Madrid.
- Gutiérrez, (1993). El Sector Servicios en Economía, Clasificación funcional de servicios.
- Guzmán, Steín, et. al. (comp.) Estudios básicos de Derechos Humanos IV. Costa Rica, IIDH/ASDI/Comisión De la Unión Europea, 1997.
- H. Yáñez, Valentín, La Administración Pública y el Derecho a la Protección de la Salud, primera edición, Instituto Nacional de Administración Pública, México, 2000.
- Héller, Herman Teoría del Estado. México, Fondo de Cultura Económica, 1995
- Herrera Ortiz, Margarita, Manual de Derechos Humanos, primera edición, Editorial Porrúa, México, 2003.
- Hiriart, Berta y Mónica del Puerto. El aliento y los pasos. Festejando diez años de SIPAM México. SIPAM, 1997.
- IFE, UNICEF. Consulta infantil y juvenil 2000. Síntesis de Resultados. México, IFE, UNICEF, 2000.
- IIDH CLADEM. Protección Internacional de los Derechos Humanos de las Mujeres. Costa Rica, I Curso Taller IIDH, 1997.
- INEGI, CONMUJER. Mujeres y Hombres en México. México. INEGI, CONMUJER, 2000.
- INEGI. Encuesta Nacional de la dinámica demográfica 1997. Principales resultados. México, INEGI, 1997.
- INEGI. Estadísticas educativas hombres y mujeres 2000. México, INEGI, 2000.
- INEGI. Indicadores de hogares y familias por entidad federativa. México, INEGI, 2000.
- Ishay, Micheline, The Human Rights Reader, Major political essays, speeches, and documents from the Bible to the presents. Nueva York, Routledge, 2000.

- J. Claude Bennet, F. P. (1997). Virus Causantes de Fiebres Hemorrágicas; Cecil Tratado de Medicina interna (Vol. 11).
- J., Alonso. El papel de las convergencias de los movimientos sociales en los cambios del sistema político mexicano. Mimeo. México. S/f.
- Jean Charles Léonard Simonde (1990) “La Intangibilidad del Comercio de Servicios. En Comercio Internacional y Servicios”, Edit. Gernica, México
- KUMATE, Jesús. et. a La salud en México: Testimonios 1988. México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 1988
- Lagarde, Marcela. Claves feministas para liderazgos entrañables. Managua, Puntos de Encuentro, 2000.
- Lamas, Marta. Movimiento feminista y discurso político: los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de una ciudadanía moderna. Mimeo. México. 1998.
- Langer, Ana y Kathy Tolbert. Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México. México, Edamex, 1996.
- Langer, Ana, et. al. Mujer sexualidad y salud reproductiva en México. México, edamex, the population council, 1996.
- Las mujeres en la revolución mexicana, 1889-1920. México, Cámara de Diputados. LV Legislatura, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1992.
- Las Políticas Públicas. España, Ariel Ciencia Política, 1992
- Lau, Ana y Carmen Ramos. Mujeres y revolución 1900-1917. México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, CONACULTA, 1993.
- Liselotte, Correa de la Torre, Laura, et.al (compiladoras). Memoria Mujeres en el Poder. México, Comisión nacional de la mujer-SEGOB, 2000.
- López Acuña, Daniel, La Salud Desigual en México, séptima edición, Siglo XXI editores, México, 1987.
- López Casanovas, G. (2005) Estudio de la situación del sistema sanitario español: gasto y financiación. Relaciones empíricas básicas y propuestas de

análisis; en Gutiérrez Fuentes, José A. et. al. (coordinadores), Gestión en el Sector de la Salud, Vol. 1 Gestión del Sistema y sus Instituciones, Pearson Prentice Hall. Madrid. 26.

- López García, Raúl “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
- López-Casasnovas G./ A. Rico; La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?
- Lukes, Steven y Soledad García (comps.). Ciudadanía: justicia social, identidad y participación. México, Siglos XXI, 1999.
- Luna Calderón, Manuel (1988); La funcionalidad de los servicios en México y Estados Unidos: 1970-1985”, Economía Mexicana, CIDE, No. 5.
- Luna, Arroyo. La mujer en la lucha social. México, Talleres Gráficos de la Nación, 1936.
- Mac Kinnon A., Catharine. Hacia una teoría feminista del Estado. Madrid, Ediciones cátedra universidad de valencia, instituto de la Mujer, Feminismos. Núm. 27, 1995.
- Madrazo, Jorge Derechos Humanos: el nuevo enfoque mexicano. México, Fondo de Cultura Económica, 1993
- Maingón, T. (s/a). Proceso de Privatización en los Servicios de Salud en América Latina y El Caribe: estudio de caso. México.
- Maquiavelo, N. (2004). El príncipe, Madrid, Editorial Edaf.
- Marshall, T.H. Citizenship and Social Class, Cambridge, UP, 1950.
- Martínez, Alicia. Mujeres en cifras, México, FLASCO, 1994.
- Mateos, Fournier (et.al.) Nuevas Aportaciones para la evaluación del aborto criminal en México. México, III Jornada Médica Bienal, IMSS, FEPAC, 1969.
- McConell, Brue, Macperson, Economía Laboral. Edición McGrawHill, 2003. España.
- Medina, Manuel, La Organización de las Naciones Unidas, segunda edición, Editorial Tecnos, España, 1974.

- Mejía, María Consuelo. Los derechos de los mexicanos en el contexto internacional. Mimeo. México.
- Mendieta Alatorre, Ángeles. La mujer en la Revolución Mexicana. México, Biblioteca del Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1961.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (2006), Sistema Nacional de Salud, Madrid, España url: <http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/LIBRO-BAJA.pdf> Fecha: 26 de julio de 2007
- Moguel, Julio. Autonomía y nuevos sujetos sociales en el desarrollo rural. México, Siglo XXI, 1992.
- Molina, C. (2006). Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo y Editorial Planeta.
- Monroy Cabra, Marco Gerardo, Manual de Derecho Internacional Público, segunda edición, Editorial Témis, Colombia, 1986.
- Montagut, T. (2000). Política Social. Una introducción. Barcelona: Editorial Ariel.
- Montesquieu (2002). El Espíritu de las Leyes. España: Ediciones Istmo.
- Moreno Salazar, P., Ortiz, C. y Marrufo, E. (2004). Veinticinco años de políticas de desarrollo social en México. Sociológica, año 19 (54).
- 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
- Moreno, et. al. (1982). Sociología histórica de las Instituciones de Salud en México. México. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Moto Salazar, Efraín, Elementos de Derecho, cuadragésima tercera edición, Editorial Porrúa, México, 1998.
- Murillo, Soledad. El mito de la vida privada, de la entrega al tiempo propio, siglo XXI. México. 1996.

- Naciones Unidas (2009), Objetivos de Desarrollo del Milenio, informe 2009, Nueva York, E.U.A.
- Naciones Unidas y Gobierno de la República Mexicana (2005), Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005, publicado por el Gabinete de Desarrollo Humano y Social, México D.F.
- Naciones Unidas y Gobierno de la República Mexicana (2006), Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2006, publicado por el Gabinete de Desarrollo Humano y Social / Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social, México D.F.
- Naciones Unidas, (2008), Objetivos de Desarrollo del Milenio, informe 2008, publicado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, (DESA), Agosto 2008.
- Orellana Laura. Hermila Galindo, Una Mujer Moderna Ensayo. México, Premio Susana San Juan Conmujer/Conacutta, 2000.
- Organización Mundial de la Salud (2002), “Health, Economic Growth and Poverty”, Reporte del grupo de trabajo 1 de la Comisión de Macroeconomía y Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2008), Informe sobre la salud en el mundo 2008, la atención primaria de salud, Ginebra Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2009), Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2005), OECD. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud, México.
- Ortíz, Adriana (comp.). Derechos reproductivos de las mujeres, un debate de justicia social en México. México, Ed. Edamex/ UAM-X, 1999.
- Ortiz, Etelberto (2006), El sector servicios en la transformación de la estructura económica de México, 1900-2003 en “La organización espacial del sector servicios en México” Ed. COLMEX, México, capítulo I pp.79-96
- Ortún Rubio, Vicente (2006); Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España; en Revista Asturiana de Economía, Número 35, enero-

abril de 2006, Edita Asociación Asturiana de Estudios Económicos, págs. 23-43.

- OÜviera, Mario et. al. Setenta años de salud pública en México. México, SSA, 1993.
- Pablo Camargo, Pedro, Tratado de Derecho Internacional, tomo I, primera edición, Editorial Témis, Colombia.
- Páez Varela, A., et. al. (2009). Influenza. De la negligencia a la manipulación. México: Grijalbo.
- 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
- Pardo, M. (2010). El Estado mexicano: ¿de la intervención a la regulación?, en Loaeza, S. y Prud’homme, J. (coords.) Los grandes problemas de México. Instituciones y procesos políticos. México: El Colegio de México.
- Pérez Duarte, Alicia y Laura Salinas. Resumen del Análisis comparativo de la Legislación local e internacional relativo a la niñez. México, CNDH, 1997.
- Picó José. (1987). Teorías sobre el Estado de Bienestar. México, Siglo XXI.
- Poder Ejecutivo Federal. Plan nacional de desarrollo 1995-2000. México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1995.
- Population Council. Mensajes sobre salud sexual y reproductiva. Tomo I. 1999.
- Presidencia de la República. (2009). Tercer Informe de Gobierno. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, pp. 425-426.
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo, Egipto 1994
- Programa de Estudios de Género. Encuentros y desencuentros: el movimiento amplio de mujeres en México (1970-1993). México, UNAM, 1993.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2009); Informe sobre el Desarrollo Humano, superando barreras: movilidad y desarrollo humanos. Nueva York, N.Y. E.U.A.

- Programa Nacional de Salud 2001-2006, La Democratización de la Salud en México, Plan Nacional de Desarrollo, primera edición, México 2001.
- Puga, Cristina y Torres Mejía, David México: La modernización contradictoria. México, Addison Wesley Longman, 1998
- Raga. E. (2000). El problema emergente de salud pública. Medicina Universitaria,
- Ramírez Saíz, Juan Manuel. El estudio de los movimientos sociales: teoría y método. México, Colegio de Michoacán y UAM-X, 1987.
- Ramos Escandón, Carmen (comp.) El género en perspectiva de la dominación universal a la representación múltiple. México, UAM-I, 1991.
- Rascón Antonieta. Imagen y realidad de la mujer. México, Sep-setentas, 1975.
- Recaséns Siches, Luis, Sociología, vigésima octava edición, Editorial Porrúa, México, 2001.
- Robbins Donald J. (edited by R.A. Cornell) (1999), Gender, Human Capital and Growth: Evidence from Six Latin American Countries, OECD Development Centre, Working Paper No. 151.
- Rocha, Marina Eva, El álbum de la mujer. Antología Ilustrada de las mexicanas. vol. IV. El porfiriato y la revolución. México, INAH, 1991.
- Rodríguez Ramírez, Brenda. Grupo de información en reproducción elegida (GIRE), proyecto: mujeres, ciudadanía y derechos reproductivos. Programa de la fundación UNAM para la Iniciación temprana a la Investigación y docencia (PITID). UNAM-ENEP Acatlán. Febrero, 1999.
- Rojas Roldán, Abelardo, El Estudio del Derecho, primera edición, Editorial Porrúa, México, 2000.
- Rojas Soriano, R. (1995). Guía para realizar investigaciones. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Romero, Jorge (s/f). El Sector Servicios en Economía: el significado de los Servicios Intensivos en Conocimiento. Tesis Doctoral.

- Rosa Urbano, Garrido (2006); El gasto sanitario y su financiación: evolución, tendencias y reflexiones para el futuro; en Revista Asturiana de Economía, Número 35, enero-abril de 2006, Edita Asociación Asturiana de Estudios Económicos, págs. 45-64.
- 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
- Ruíz Medina, M. (2011). Políticas Públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México. Tesis Doctoral. México. Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Contaduría y Administración, División de Estudios de Posgrado.
- Ruiz Sánchez, Carlos 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
- Sabine, George Historia de la Teoría Política. México, Fondo de Cultura Económica, 1995
- Salinas, Laura. "La mujer y el desarrollo en el Mundo de fines del siglo XX" en Memorias de la VII Conferencia ANUIES, PROFEM. México, ANUIES, 1996.
- Salles Vania y Tuirán Rodolfo. Reflexiones Programa de salud reproductiva y sociedad. México, Colegio de México, 1995.
- Samuelson, Paul Anthony, Economía, décima séptima edición, Editorial Mc Graw Hill, México, 2002
- San Miguel Aguirre, Eduardo, Derechos Humanos, Legislación Nacional y Tratados Internacionales, primera edición, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1994.

- Sánchez Almanza, Adolfo (2006), Política social y Gasto Público para la superación de la pobreza en México. El caso de PROGRESAOPORTUNIDADES.
- Sánchez Azcona, Jorge, Lecturas de Sociología y Ciencia Política, primera edición, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1975.
- Sánchez Bringas, Enrique, Derecho Constitucional, séptima edición, Editorial Porrúa, México, 2002, p. 614.
- Sánchez González, José Juan Administración Pública y Reforma del Estado. México, Instituto Nacional de Administración Pública, 1997
- Sánchez Olvera Alma Rosa (et. al.) Globalización en México y desafíos del empleo femenino. México, Porrúa/ UNAM, 2000.
- 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), Población y sociedad al inicio del siglo XXI, México, El Colegio de México, 2002
- Sayavedra, Gloria y Eugenia Flores (coord.). Ser mujer. ¿un riesgo para la salud? del malestar y enfermar al poderío y la salud. México, Red de mujeres a. c, 1997.
- Scavove, Lucila (comp.). Género y salud reproductiva en América Latina. Costa Rica, Libro universitario Regional (LUR), 1999.
- Scott, John (2006), Desigualdad de la Salud y de la Atención de la Salud en México, Working Papers, Serie de Documentos de Trabajo. Editores: Knaul, Felicia; Bertozzi, Steffano M.; Arreola Héctor. Fundación Mexicana para la Salud A. C., Instituto Nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Gobernación, CONAPO. El poblamiento de México. Una visión histórico demográfica, tomo IV. México, Grupo Azabache, 1976.
- Secretaría de Gobernación, Decreto por el que aprueba el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000. México. 8 de marzo 1996.
- Secretaría de Salud (2007) Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México Sano: construyendo alianzas para una mejor salud

- Secretaría de Salud (2008), Boletín de Información Estadística No. 27, Vol. IV, 2007.
- Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud; Situación de la Salud en México 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006 Indicadores Básicos.
- Secretaría de Salud. (2006). Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza. México: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social, La Previsión Social en México, primera edición, Editorial Cuadernos Laborales, México 1988.
- SEDESA. (2008). Reforma a la Atención Primaria en Salud. México,
- Sen A.K. (1997), Bienestar, Justicia y Mercado, Paidós ICE/UAB, Barcelona, Buenos Aires, México.
- Senior Alberto F., Sociología, undécima edición, Editorial Porrúa, México, 1990.
- Serra Rojas, A. (1997). Derecho administrativo. México: Editorial Porrúa.
- Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., Sosa-Manzano, C., Gómez-Dantés, O. (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. Salud Publica de México, 47 (1), 37-46.
- Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). (1995). Catálogo de Instituciones de Salud, México.
- Skírius, John. Vasconcelos y la cruzada de 1929. 2a. edición. México, Siglo XXI, 1982.
- Smith, A. El Sector Servicios en Economía: el significado de los Servicios Intensivos en Conocimiento, (1776).
- Soberón Acevedo, Guillermo, Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, primera edición, Editorial Porrúa, México, 1995.
- Solano Flores, Elmer (2005), La necesidad de crear un sistema universal para todos los mexicanos, tesis de licenciatura.

- Solimano Andrés (compilador) (2000); Desigualdad social, valores, crecimiento y el Estado (traducción), El trimestre económico, Fondo de Cultura Económica, México, D. F.
- Solís, Leopoldo (2000) “El Sector Servicios”, La realidad económica mexicana: reprovisión y perspectivas, Edit. FCE, Tercera edición, México, pp. 217-278.
- Sotomayor Gallardo, Alejandro, Calidad, Elemento Esencial de la Seguridad Social, primera edición, Serie Estudios 55, México, 2000.
- Taibo Paco, Ignacio II. Bolshevikis. Historia narrativa de los orígenes del comunismo en México (1919-1925). México, Joaquín Mortíz editores, 1968.
- Tamayo Sáenz, Manuel “El análisis de las políticas públicas”, en La Nueva Administración Públicas, España, Alianza Editorial, 1997
- Tapia Fonllem, Elena (coord.). La utilidad de los pactos para legislar a favor de las mujeres. México, Editorial Equidad de Género. Ciudadanía, trabajo y familia. A.C., Mujeres Trabajadoras Unidas. A.C. Mujeres en Acción Sindical, 1999.
- Tapia Hernández, Silverio (comp.) Principales declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos ratificados por México. México, CND, 1999.
- The Population Council. La Salud reproductiva de la mujer en México, Una agenda para la investigación acción, México, s/f.
- Tornos Más, Joaquín (2002), Sistema de Seguridad Social versus sistema nacional de salud, Derecho y Salud, Volumen 10, Número 1, Enero – Junio 2002, pp. 1 – 13.
- Trueba Urbina, Alberto, El Nuevo Artículo 123, primera edición, Editorial Porrúa, México, 1962.
- Trujano Ruíz, Ma. Magdalena y Esquivel Hernández, Ma. Teresa Políticas de fecundidad: incidencias y resistencias culturales, en Política y Cultura. Políticas Públicas y Sociedad. Otoño 96, número 7. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México

- Tuñón Pablos, Esperanza. La lucha de las mujeres en el cardenismo. tesis de Maestría. México, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1985.
- Turner, Fredereck C. La dinámica del nacionalismo mexicano. México, Grijalbo, 1971.
- UNICEF. Enfoque de derechos. Formulación de políticas y programación. UNICEF. Nueva York. 1999.
- UNIFEM, CONMUJER. Más vale prevenir que lamentar. Percepciones sobre el embarazo en la adolescencia. México, UNIFEM, CONMUJER, 2000.
- Urbanos Garrido, Rosa María, et. al. (2006); La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva comparada; en Cabasés Hita, Juan Manuel (director), La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada; Fundación BBVA, capítulo 2. p. 53-94.
- UVALLE Berrones, Ricardo El gobierno en acción: La formación del régimen presidencial de la administración pública. México, Fondo de Cultura Económica, 1984
- Valdez Aguilar, R. “Pandemias de influenza en México”, en Relatos e historias en México, Año 1, Núm. 10, junio de 2009.
- Valencia Lomelí, E. (2003). Políticas sociales y estrategias de combate a la pobreza en México. Hacia una agenda de investigación. Notas para la discusión. Estudios Sociológicos, vol. XXI (61), 105-133.
- Vargas Virginia. Feminismo en transición, transición con feminismo. GEM. México. 1997.
- Veronelli, J. (1983). La salud en América Latina. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ward, Peter M., México Megaciudad: Desarrollo y Política, 1970-2002, segunda edición, Editorial Porrúa, México, 2004.
- Weber, M. (2008). El político y el científico. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

- Welti Chanes, Carlos “Reducción del crecimiento demográfico sin desarrollo” en revista Demos. Carta demográfica sobre México 2003-2004. Instituto de Investigaciones Sociales. México, 2005
- World Bank (2006) World development report 2006 : equity and development
Permanent URL for this page: <http://go.worldbank.org/FFOT9IETN0>
- Yáñez Campero, Valentín La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México. México, Instituto Nacional de Administración Pública, 2000
- Yáñez Campero, V. (s/a). El sector salud en México. México.
- Yazbeck, Abdo S. (2009), *Attacking Inequality in the Health Sector, A Synthesis of Evidence and Tools*, The World Bank.
- Zavala Cosío María Eugenia, Cambios de fecundidad en México y políticas de población. El Colegio de México. FCE. México. 1992.
- Zúñiga Herrera, Elena “La desaceleración del crecimiento demográfico y la salud reproductiva”, en *La población de México, situación actual y desafíos futuros*. Conapo. México, 2000

HEMEROGRAFÍA:

- Agenda Afirmativa, núm. 5,6,7,8. Diciembre 1998- Noviembre 1999.
- Agenda afirmativa. Año 2. Número 11. Marzo-abril. 2000.
- Agenda afirmativa. Año 2. Número 13. Julio-agosto, 2000.
- Bondi, Liz. "Ubicar las políticas de la identidad" en *Debate Feminista*. Núm. 74. año 7. octubre. 1996.
- Brito, Alejandro. "Radiografía mínima de la nueva beligerancia católica" en *Suplemento de la Jornada*, octubre 7 de 1999.
- Cabrera, Gustavo y José Luis Lezama. "LA expansión demográfica en México. 1930-1970" en *Diálogos: Artes, Letras, Ciencias Humanas*, Vol. 21, No.15, Mayo. México. 1985.

- Cano, Gabriela. "Congreso feminista en la Historia de México" en FEM. año 11. núm. 58. Octubre. 1987.
- Cano, Gabriela. "Una perspectiva del aborto en los años treinta: la propuesta marxista" en Debate Feminista, Año 1, Vol. 2, México 1990.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (CEPAL). (1985). Informe N° 23.
- Conciencia Latinoamericana. Vol. XI, Núm. 2. Julio 1999.
- Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos (CONCAMIN). Radiografía de la economía y la industria mexicana, crecimiento promedio anual del PIB. México.
- Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Marco del Día Mundial de la Salud. México.
- Country Industry Forecasting. IHS Global Insight. (2008). Investigación y previsión económica.
- Estudios Regionales Eslabones. Núm. 8. Diciembre. México. 1994.
- Estudios Sociológicos. Vol. XVII. núm. 50. mayo-agosto 1999.
- Figueroa Pereda, Juan Guillermo. "Aproximación al estudio de los derechos reproductivos" en Reflexiones núm. 6 Agosto Colegio de México. 1995.
- Gómez Magando de Anaya, Guadalupe. "Mujer y política: la lucha por la igualdad en México" en De Igual a Igual, SEGOB. PNM 01-Mayo.2000.
- González Butrón, Ma. Arcelia. "Agenda política desde las mujeres" en Milenio Feminista. Abril. México. 2000.
- Hernández Cárdenas, Patricia. "Las cuotas electorales ¿se cumplirán en el 2000?" en Agenda afirmativa. Año 2. Número especial 9-10. Enero-febrero, 2000.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. PIB de las actividades primarias en México (2006-2012). México.
- Lamas, Marta. "La lucha por los derechos reproductivos" en FEM. año 17. núm. 122. Abril. 1993.

- Lizárraga, D. "Influenza. El gobierno, con las defensas bajas", en *Proceso*, Núm. 1695, 26 de abril de 2009, pp. 10 a 13.
- Luna, Lola. "La otra cara de la política: exclusión e inclusión de las mujeres en el caso latinoamericano" en *De Igual a igual*. Comisión Nacional de la Mujer. México. 1999.
- Pechard, Jacqueline, Cristina Puga y Ricardo Tirado. "De Ávila Camacho a Miguel Alemán" en *Varios: evolución del estado mexicano*, vol. 3. El caballito. México. 1988. "El Cairo y la iglesia católica: un lenguaje común" en *Voces Católicas*. 1999
- Reflexiones núm. 8 Octubre. Colegio de México. 1995.
- Sader, Eder. "La emergencia de nuevos sujetos sociales: una propuesta de análisis" en *Acta Sociológica* núm. 2 mayo-agosto 1990.
- Sánchez, Alma. Entrevista con Patricia Mercado, abril de 2001. Sánchez, Alma. Entrevista con Guadalupe Cruz, junio de 2000. Sánchez, Alma. Entrevista con Pilar Sánchez, agosto de 2000. Sánchez, Alma Entrevista con Elena Tapia, febrero de 2001. Sánchez, Alma Entrevista con Adela Muñiz, marzo de 2001.
- Secretaría de Salud. Acuerdo por el cual se establece la obligatoriedad para desarrollar una Estrategia Operativa Multisectorial del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza. México: Consejo de Salubridad General, p. 43.
- Tuirán, Rodolfo. "La revolución demográfica" en *Examen*, No. 106 Agosto 1998 México Publicación mensual año 10.
- Tuñón Pablos, Esperanza. "El frente único Pro Derechos de la Mujer. 1935-1938" en *FEM* núm.30, vol. VIII, Octubre - Noviembre 1983.
- Valdez Aguilar, R. "Pandemias de influenza en México", en *Relatos e historias en México*, Año 1, Núm. 10, junio de 2009, pp. 66 a 69.
- Varas, Valente, Virginia. "Entre la exclusión y la ciudadanía global" en *América Latina en Movimiento*. 209-1. abril. 1999.

- Vargas Guzmán, Virginia, "un debate feminista en curso" en ISIS Internacional núm. 25. Santiago Chile. 1997. Lagarde, Marcela. "Articulación feminista" en ISIS Internacional No. 27. Santiago de Chile. 1998.
- Wiener, Antje. "La ciudadanía como estrategia política" en La Ventana núm. 5/1997 Universidad de Guadalajara.

Fuentes electrónicas:

- Abardía A. y Morales F. coordinadores, (2008). Desarrollo regional. Reflexiones para la gestión de los territorios. México: Alternativas y Capacidades, p. 245. [en línea]. http://www.alternativasycapacidades.org/sites/default/files/publicacion_file/CDD_R_desarrolloRegional_20081203.pdf [consulta: 04 de mayo de 2018].
- Abellán, A. (1997). La problemática del Estado de Bienestar como fenómeno internacional. Revista de Derecho Político, 42, 95-135. [en línea]. <http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/viewFile/8697/8291> [consulta: 19 de julio de 2016].
- Adelantado, J. (2017). Las Políticas Sociales". España: s/e. [en línea] <https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2017/11/las-politicassociales-por-jose-adelantado.pdf> [consulta: 18 de febrero de 2017].
- Alva-Díaz, C. (2012). Universalizar o privatizar los servicios de salud. Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 5 (3). [en línea]: http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=88266&id_seccion=4650&id_ejemplar=8680&id_revista=299 [consulta: 13 de marzo de 2017].
- Atun, R., Monteiro de Andrade, L., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., et al. (2015). La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *Medic Reviewe*, vol.17, S21–39. [en línea] <http://medic.org/medicreview/uhc-atun.php> [consulta: 14 de septiembre de 2017].

- Bases de datos: World Development Indicators, World Bank Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) OCDE: Health Data 2009 – Version: June 09
- Becerril-Montekio, V., Medina, G. y Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México*, 53, S120-S131. [en línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf> [consulta: 04 de septiembre de 2017].
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2016). Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. México [en línea] http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153_180716.pdf [consulta: 20 de enero de 2017].
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2016). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México [en línea] <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/marco.htm> [consulta: 22 de junio de 2016].
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2005). Programa Seguro Popular. México. [en línea] http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/21156/105006/file/F_ATSS002%20Programa%20Seguro%20Popular.pdf [consulta: 02 de septiembre de 2017].
- Centro de Investigación y Docencias Económicas. (2013). Avances y temas pendientes de la política de salud en México. Una revisión de los principales indicadores. México. [en línea] <http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/196024/Avances%20y%20temas%20pendientes%20en%20salud.pdf> [consulta: 06 de junio 2014].
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2016). Medición de la pobreza. México. [en línea] <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx> [consulta: 16 de julio de 2017].
- Damián, A. (s/a). El estudio de pobreza de COPLAMAR. Investigación del Colegio de México, [en línea]

<http://aracelidamian.org/FinancieroPDF/Estudios%20pobreza%20PDF/EI%20 estudio%20de%20COPLAMAR%2014-6-04.pdf> [consulta: 9 de febrero de 2017].

- De Buen, N. (1993). La crisis del Estado de Bienestar. Jurídica. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana, 22, 195-207. [en línea] <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/jurid/cont/22/pr/pr6.pdf> [consulta: 17 de julio de 2016].
- De la Piedra Matute, M. (2010). Entrevista al Dr. Julio Frenk. Revista AAPAUNAM Academia, Ciencia y Cultura. [en línea] <http://www.medigraphic.com/pdfs/aapaunam/pa-2010/pa103f.pdf> [consulta: 13 de marzo de 2017].
- De Souza Minayo, M. (2017). Sistemas de salud en Brasil y políticas de regionalización. Revista Ciencia y Salud Colectiva. [en línea] <https://pressreleases.scielo.org/es/2017/05/08/sistemas-de-salud-en-brasil-y-politicas-de-regionalizacion/> [consulta: 16 de julio de 2017].
- Diario Oficial de la Federación, Programa para un Nuevo Federalismo 1995-2000, México, [en línea] <http://legismex.mty.itesm.mx/progs/p-feder.pdf> [consulta: 27 de abril de 2018].
- Erazo, A. (2011). La protección social en Chile. El plan AUGE: avances y desafíos. Santiago de Chile: Sección de Estudios del Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [en línea] http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5218/1/S1100415_es.pdf , [consulta: 08 de agosto de 2017].
- Espíndola, J (S/A). Reseña del libro de Fernando Escalante, Historia mínima del neoliberalismo, México, El Colegio de México, 2015, 320 pp. ISBN 978-607
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez J., García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Publica de México, 57, 180-186. [en línea]

- <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf> [consulta: 21 de junio de 2016].
- Farge Collazos, C. (2007). El Estado de Bienestar. Enfoques, vol. XIX, (1-2) 45-54. [en línea] <http://www.redalyc.org/pdf/259/25913121005.pdf> [consulta: 24 de julio de 2016].
 - Goic G., A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. Revista Médica de Chile, 143, 774-786. [en línea] <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf> [consulta: 18 de agosto de 2017].
 - Gollás, M. (2003). México. Crecimiento con desigualdad y pobreza. México, Centro de Estudios Económicos, El Colegio de México, p.22, [en línea] <http://cee.colmex.mx/documentos/documentos-de-trabajo/2003/dt20033.pdf> [consulta: 11 de abril 2018].
 - González E. (2015), Cruzada Nacional contra el Hambre, México, Secretaría de Desarrollo Social, [en línea] http://www.mppn.org/wpcontent/uploads/2016/11/19.MEXICO_ESP_WEDS.pdf, [consulta 30 de abril de 2018].
 - <http://www.anlis.gov.ar>; Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos G. Malbrán
 - <http://www.who.int/es/index.html> ; Organización Mundial de la Salud Pública Méx 2011; Vol. 53.[PDF] e-Salud en México: antecedentes, objetivos, logros y retos
 - Huerta Moreno, M. (2005). El neoliberalismo y la conformación del Estado subsidiario. Política y Cultura, 24, 121-150. [en línea] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018877422005000200006 [consulta: 08 de agosto de 2016].
 - Instituto Mexicano para la Competitividad, (2017). Panorama de la Salud 2017 vía OCDE, México, [en línea] <https://imco.org.mx/temas/panorama-la-salud2017-via-ocde/> [consulta: 01 de abril de 2018].
 - Juárez, G. (1977). La Sectorización: Medida fundamental para la racionalización de la Administración Pública Federal, Revista de

- Administración Pública, 31 y 32, 26-33. [en línea]-
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/31/pr/pr4.pdf>
[consulta: 20 de marzo 2017].
- Knaul FM y col. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. salud pública de México / vol. 55, no. 2, marzo-abril de 2013, [en línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n2/v55n2a13.pdf> [consulta: 03 de mayo de 2018].
 - Leco Tomás, C. y Bollain Parra, E. (2013). La política social en México, 1970-2013. México: INCEPTUM. [en línea] <http://inceptum.umich.mx/index.php/inceptum/article/viewFile/230/211> [consulta: 15 de junio de 2017].
 - Longo, F y Echebarria K. (s/a), La Nueva Gestión Pública en la Reforma del Núcleo Estratégico del Gobierno: Experiencias Latinoamericanas. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, p. 2 [en línea], <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/CLAD0040203.pdf>, [consulta 12 de mayo de 2018].
 - López E. (2012). La descentralización de los servicios de salud. Facultad de Derecho, Universidad Panamericana, [en línea] URL <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/arsiu/cont/47/act/act6.pdf> [consulta: 01 de mayo de 2018].
 - Lustig, N. y Székely, M. (1996). México: Evolución económica, pobreza y desigualdad. Washington D.C. [en línea] <http://fundacionmerced.org/bibliotecadigital/wpcontent/uploads/2013/05/M%C3%A9xico-Evoluci%C3%B3necon%C3%B3mica-pobreza-y-desigualdad-Lustig.pdf> [consulta: 08 de febrero 2017].
 - México (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México. [en línea] <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf> [consulta: 03 de abril de 2017].
 - México. (2013). Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2014, Diario Oficial de la Federación. [en línea]

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326727&fecha=17/12/2013

[consulta: 21 de abril de 2017].

- México. (2014). Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018. Diario Oficial de la Federación. [en línea] http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5342374&fecha=28/04/2014 [consulta: 14 de septiembre de 2017].
- México. (2016). La Cruzada contra el Hambre es parte de la Estrategia de Inclusión Social. [en línea] <https://www.gob.mx/sinhambre/documentos/cruzada-contra-el-hambre-partede-la-estrategia-de-inclusion-social?idiom=es> [consulta: 15 de junio de 2017].
- Moyado, F. (1996). La política social en México: Un enfoque descentralizador con fines de adaptación, Estudios políticos, Núm. 12, Cuarta Época, julio-septiembre, [en línea] www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/37108/33697 [consulta: 10 de mayo de 2018].
- Organización de las Naciones Unidas (2017). Declaración Universal de los Derechos Humanos. [en línea] <http://www.unesco.org/news/es/right2education>, [consulta: 12 de febrero de 2017].
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Ministro de Salud de Brasil destaca los desafíos en salud de su país durante visita a la OPS. [en línea] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13147%3Abrazils-health-minister-outlines-health-challenges-in-pahovisit&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es [consulta: 16 de julio de 2017].
- Oyarce H. (S/A), Gerencia Pública, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, [en línea], https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/4/45114/Gerencia_Publica2011_HOYARCE.pdf [consulta de 10 de mayo 2018].

- Programa Universitario de Derechos Humanos. (2015). Desigualdad Extrema en México. Concentración del Poder Económico y Político. Revista PERSEO. [en línea] <http://www.pudh.unam.mx/perseo/desigualdad-extrema-en-mexicoconcentracion-del-poder-economico-y-politico/> [consulta: 16 de julio de 2017].
- Ramírez Rojas, G., Freyermuth Enciso, G. y Argüello Avendaño, H. (2016). Acuerdos y convenios interinstitucionales como ejes unificadores del Sistema Nacional de Salud en México. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. [en línea] http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Acuerdos_y_convenios.pdf [consulta: 12 de noviembre de 2017].
- Revilla-Rodríguez, E. y Pimentel-Roque, C. Calidad de los Servicios de Salud en México. Evidencia Médica e Investigación en Salud, vol. 5 (3), 76-78. [en línea] <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2012/eo123a.pdf> [consulta: 3 de agosto de 2017].
- Rolim Sampaio, L. (2006). La estrategia de atención primaria en Brasil. Honduras: Ministerio de Salud de Brasil. [en línea] www.paho.org/hq/documents/.../Programa_Salud_Familiar_Brasil_L_Sampaio.pps [consulta: 02 de septiembre de 2017].
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2013). Presupuesto de Egresos de la Federación. México. [en línea] http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2013/temas/omos/33/r33_ep.pdf [consulta: 21 de abril de 2017].
- Secretaría de Salud. (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México. [en línea] http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_20012006/pns2001-006.pdf [consulta 03 de abril de 2017].
- Secretaría de Salud. (2017). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados Enero-Junio 2017, [en línea] <http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08->

021/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf,
[consulta: 05 de mayo de 2018].

- Uvalle Berrones, R. (2003). La Recuperación Conceptual y Metodológica de la Administración Pública, Convergencia. Revista de Ciencias Sociales, vol. 10 (33), 249-272. [en línea] <http://www.redalyc.org/pdf/105/10503311.pdf> [consulta: 24 de julio de 2016].
- Valverde Viesca, K. (1998). El desmantelamiento del Estado interventor en México. Estudios políticos, Núm. 18, Cuarta Época, Mayo-Agosto, p. 138 [en línea] <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/37196/33780> [consulta: 17 de marzo 2018].
- Veras Soares, F. (2006). Universalización o focalización – un falso dilema. Brasil: Centro Internacional de Pobreza, PNUD/IPEA. [en línea] www.ipcundp.org/paper-seminar/UniversalizacionOFocalizacionUnFalsoDilema.ppt [consulta: 07 de mayo de 2017].
- Villagómez, A. y Hernández, J. (2010). Impacto de la reforma al sistema de pensiones en México sobre el ahorro. Economía Mexicana. Nueva Época, vol. XIX (2), 271-310. [en línea] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32315831003> [consulta: 18 de abril de 2017]
- [www.bancomundial.org/Banco Mundial](http://www.bancomundial.org/BancoMundial). (2012). Indicador Doing Business.
- [www.diputados.gob.mx/Cámara de Diputados](http://www.diputados.gob.mx/Camara) (2006-2012).
- [www.ecured.cu/index.php/Ministerio de Salud Pública](http://www.ecured.cu/index.php/Ministerio_de_Salud_Publica)
- www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&id_nota=742965.
- www.imss.gob.mx/profesionales-salud/investigacion Clasificación de Instituciones de Salud (CIS). (2004)
- www.issste.gob.mx www.salud.gob.mx www.inegi.gob.mx
www.worldbank.org www.ocde.org
- www.organizacionmundialdelasalud.com/23052013/

- www.sct.gob.mx/...m.../4.Rutas%20nuevas%20o%20adicionales.pdf
Cámara Nacional de Aerotransportes.
- www.sld.cu/sistema_de_salud/aspectos.html
- [www.who.int/es/Organización Mundial de la Salud](http://www.who.int/es/Organización%20Mundial%20de%20la%20Salud). (2003). El sistema de salud en México. Organización Mundial de la Salud (2008). Pandemia de influenza.
- www.who.org www.imss.gob.mx

ORDENAMIENTOS LEGALES.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Sista, México, 2005.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, Editorial Sista, México, 2005.
- Legislación Civil Federal, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, editorial Sista, México 2005.
- Legislación Civil Federal, Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Editorial Sista, México 2005.
- Legislación Civil Federal, Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Legislación de Ecología, Ley General de Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.
- Ley General de Salud, Editorial Sista, México, 2005.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Editorial Sista, México 2005.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Editorial Sista, México, 2005.
- Sistema Nacional de Regulación, Control y Fomento Sanitarios, Dirección de Regulación Sanitaria y Desarrollo, Secretaría de Salud, México 1998.

DICCIONARIOS Y ENCICLOPEDIAS.

- Biblioteca de Medicina, Introducción a la Medicina, Genética e Inmunología, Volumen I, Editorial el Ateneo, Argentina, 1992.
- Diccionario de Política, Orheva Políticos, Valletta ediciones, Argentina, 2001.
- Hillmann, Karl Heinz, Diccionario Enciclopédico de Sociología, primera edición, Editorial Heder, España, 2001.
- Palomar De, Miguel Juan, Diccionario para Juristas, Tomos I y II, Editorial Porrúa, México, 2000.

DOCUMENTOS OFICIALES

- 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.
- Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México, 2002. México, 2002
- Consejo Nacional de Población. Programa Nacional de Población 2000-2006. México, 2001
- Diario Oficial de la Federación. 30 de mayo de 1994 Norma Oficial Mexicana (NOM-005SSA-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
- 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 período extraordinario de sesiones de la Asamblea General (2000). México, Abril de 2004

- Norma Oficial Mexicana (NOM-147SSA2-1994) para la Prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria
- 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 la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- O.N.U. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
- 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. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000
- 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.
- Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006. México, 2001
- Secretaría de Gobernación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, 2005
- Secretaría de Salud. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. 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. El Derecho a la libre decisión en salud reproductiva. Dirección General de Salud Reproductiva. México, 2002
- Secretaría de Salud. Informe Salud. México 2004
- Secretaría de Salud. Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida", México, 2001
- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, 2001
- 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 Adolescencia en América Latina y el Caribe: orientaciones para la formulación de políticas. Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. 2001

Referencias Periódicas

- "Encuentro Nacional de Mujeres Indígenas" en La Doble Jornada. 08 de enero, 1996.
- "Foro sobre la Sexta pregunta de la Convención Nacional de Mujeres" en La Doble Jornada. 04 de septiembre. 1995.
- "Movimiento magisterial" en Suplemento de la Doble Jornada México 6 de Mayo, 1991.
- Becerril, Julieta. "Salud reproductiva" en La Jornada. 6 de septiembre, 2001
- Briño, Alejandro. "Radiografía mínima de la nueva beligerancia católica" en Suplemento de la Jornada, octubre 7 de 1999.

- Cepeda, Onésimo. Declaración pública en La Jornada. 21 de julio. 1998.
- Zebadúa, Emilio. "Un nuevo civismo ¿para qué?" en La Jornada. 26 de septiembre de 1999.
- La doble jornada. 01 de agosto. 1994.
- La doble jornada. 01 de junio. 1992.
- La doble Jornada. 06 de julio. 1992.
- La Jornada. 14-marzo-2005. "Planificatel ha ofrecido un millón 178 mil asesorías".
- La Jornada. 15 de julio. 1990.
- La Jornada. 15-febrero-05 "La violencia de pareja afecta a 20% de mujeres den México." Carolina Gómez Mena.
- La Jornada. 16-diciembre-04 "Una buena educación sexual propicia conductas responsables: Imesex". Carolina Gómez Mena.
- La Jornada. 17-enero-05. "Crece número de mujeres que usan anticonceptivos". 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. 18-noviembre-04. "Por problemas perinatales, 20% de los decesos mundiales: experto". Ángeles Cruz Martínez.
- La Jornada. 19-mayo-2005. "ONG buscan financiamiento público en el Inmujeres.
- La Jornada. 19-noviembre-04. "México, ejemplo de rezago en el combate a la mortalidad materna". Ángeles Cruz Martínez
- 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. 20-diciembre-04. "Al año, más de 4,500 muertes por cáncer cérvico uterino. Carolina Gómez.
- La Jornada. 21-enero-05. "La postura en torno al condón no es monolítica en la Iglesia, destaca ONG". Laura Poy Solano.

- La Jornada. 23-noviembre-04. “El machismo, factor de incidencia en el contagio del sida en México: Ssa”. Angélica Enciso L.
- La Jornada. 25-noviembre-04. “El aumento de sida entre mujeres, por la violencia de género: ONU”. Ángeles Cruz Martínez
- La Jornada. 26-noviembre-04. “Fox ofrece aclarar feminicidios y castigar a funcionarios negligentes”. Rosa Elvira Vargas
- 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”. Víctor Ballinas
- La Jornada. 29-noviembre-04. “Las mujeres, biológica y socialmente más vulnerables al sida, revela la OMS”. 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. 9-diciembre-04. “Más de la mitad de la infancia mundial, en la pobreza: Unicef”. Ángeles Cruz Martínez
- Reforma. 18 de agosto. 2000.

BOLETÍN

- GIRE. Argumentos Razonados a favor de la despenalización del Aborto. México 1994.
- GIRE. Boletín trimestral sobre reproducción elegida. GIRE. Números 20-25. Marzo 1999-Junio 2000.
- GIRE. Las mujeres que Abortan. Hoja informativa. México 2001
- GIRE. Miradas sobre el Aborto. Metis, México 2001

CONFERENCIAS

- Acerca de los ámbitos de acción de mujeres de Barbieri Teresita. Presentada I Coloquio del PUEG 1991.
- Avances y retos de la salud reproductiva en México: discurso, financiamiento y praxis de Espinosa Damián Gisela en Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. México. 2000.
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y el desarrollo en " Tercera Conferencia de la ONUCED", volumen IA, Primera parte, abril 1972.
- Conferencia dictada en: Primera Reflexión académica y política sobre; la Interrupción del Embarazo, ética derechos humanos de las mujeres, salud pública. Estudios de Género y el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México. Septiembre del 2000.
- Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Teherán. 22 de abril a 13 de mayo de 1968.
- Conferencia magistral dictada en: Reunión Nacional del Programa de Salud Reproductiva y Población de la Fundación Ford. Cuernavaca, Morelos. México, julio de 995.
- Conferencia Mundial de la Mujer. Copenhague 1980
- Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer. México 1975
- Conferencia: La mujer y la Revolución. De Matilde Rodríguez Cabo dictada en el Frente Socialista de abogados. México. 1937.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer. Belén Do Para 1994.
- II Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos. Viena 1993 IV Conferencia Mundial de la Mujer: Declaración de Beijing. Plataforma de Acción. CONMUJER. UNICEF, Milenio Feminista México 1999.
- III Conferencia Mundial de la Mujer. Nairobi 1985

- IV Conferencia Latinoamericana de Población: La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe. Ciudad de México, marzo 1993.
- Las reformas a la legislación sobre aborto en la ciudad de México, agosto del 2000: Una Lucha larga y difícil de Cortés Ana, Sharon Bisseil en Estrategias para el acceso al aborto legal y seguro. Un estudio en once países. Iniciativa de Johannesburgo. en el Foro por los Derechos Reproductivos y The Women's Health Project. Sudáfrica johanssburgo 2000.
- Legalidad y legitimidad en torno al derecho a la mujer a la reproducción de Azzolini, A. presentado en el Foro políticas públicas, mujeres y maternidad: un debate urgente. GEM mimeo 1993.
- Los derechos reproductivos como derechos de la ciudadanía de Berengere Marqués presentada en el XX Congreso latinoamericano de Sociología. Octubre .1995.
- Marqués, Berengere. "Los derechos reproductivos como derechos de la ciudadanía". Ponencia presentada en el XX Congreso Latinoamericano de Sociología. Octubre, 1995.
- Primera Reflexión Académica y política sobre: La interrupción voluntaria del embarazo ética derechos humanos de las mujeres y salud pública, presentada por Hierro Graciela. UNAM /CEIIH septiembre de 2000.
- Salud sexual y reproductiva en México: los programas, los procesos, los recursos financieros de Espinosa Gisela y Paredes Lorena en Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. México. Marzo, 1999.

CUADERNOS DE INVESTIGACIÓN

- Azzolini, A. "Legalidad y legitimidad en torno al derecho a la mujer a ja reproducción" en Foro políticas públicas, mujeres y maternidad. Un debate urgente. Mimeo, 1993.
- Carta a las Mujeres. Juan Pablo II. 29 de junio, 1995.
- Carta de IPPF (Federación Internacional de Planificación de la Familia) de derechos sexuales y reproductivos. Visión año 2000. Inglaterra, 1996.

- Espinosa Damián, Gisela. "Avances y retos de la salud reproductiva" en Foro nacional de mujeres y políticas de población: Asociaciones de colaboración entre ONG y el gobierno por la salud reproductiva en México. Bissell, Sharon; Mejía, Ma. Consuelo; Mercado Patricia. México. Marzo, 2000.
- Estrategias para el acceso del aborto legal y seguro. Ed. The Women's Health Project, Iniciativa de Johannesburgo 2001.
- Estudios Básicos de Derechos Humanos IV instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José Costa Rica. 1996.
- Foro nacional de mujeres y políticas de población: Asociaciones de colaboración entre ONG y el gobierno por la salud reproductiva en México. Bissell, Sharon; Mejía, Ma. Consuelo; Mercado Patricia. México. Marzo, 2000.
- Foro ONG calidad de la atención en salud sexual y reproductiva Carmen Elú Editora. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. México 1997.
- Gramisci, Antonio. "Los intelectuales y la organización de la cultura" en Cuadernos de la cárcel. México, Ed. Presente y pasado, 1975.
- La Santa sede y los derechos de las mujeres: un informe sobre la plataforma de acción de Beijing. Católicas por el Derecho a Decidir. 2000.
- Los derechos de las mujeres en el contexto internacional de Mejía María Consuelo. México, mimeo.
- Ollviera, Francisco. "Vulnerabilidad social y carencia de derechos" en Cuadernos ABONG. núm. 8. San Paulo. 1995.
- Palomo, Nelly. "Feminismo de fin de milenio: Entrevistas de Nelly Palomo a Ximena Bedregal, Cecilia Loria y Patricia Mercado" en Cuadernos Feministas, núm. 5. julio agosto-septiembre. 1998.
- Palomo, Nelly. "La ausencia de las mujeres indígenas" en Cuadernos Feministas, núm. 5. julio-agosto-septiembre, 1998.

- Sánchez Olvera, Alma. "Historia, ideología y praxis en México" en Cuadernos de investigación No. 14 Programa de Investigación ENEP Acatlán -UNAM México. 1990.



“Políticas para el Acceso de las Mujeres a los Servicios de Salud en México, el Caso de los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2010-2017”

Desarrollo de la Investigación

ÍNDICE

Introducción.....	1
CAPITULO I: Los servicios de salud en México y la situación actual de los mismos.	11
1.1. Conceptos generales de los servicios de salud en México.....	11
1.2 Las funciones específicas de los servicios de salud	12
1.3. Clasificación de los servicios de salud	13
1.4. Instituciones de salud públicas.....	15
1.5. Unidades del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF).....	16
1.6. Instituciones de salud del sector privado.....	17
1.7. El sistema mexicano de salud.	18
1.8. México en el contexto internacional: Objetivos de milenio	19
1.8.1. Salud y expectativa de vida	19
1.8.2. Los Objetivos del milenio	24
1.9. La salud en México: desigualdades sectoriales y estatales	26
1.9.1 La estructura del sistema de salud	28
1.9.2. Sectorización del gasto y financiamiento de las instituciones de salud ...	31
1.9.3. Análisis regional del gasto	36
1.10. El estado actual de la salud en México: mortalidad y morbilidad.....	37
1.11. Los objetivos de desarrollo del milenio en salud, desigualdades estatales..	38
CAPITULO II. Las políticas del Estado: la Administración, la Política Social y el marco jurídico para el cuidado y resguardo en materia de salud en México.	44
2.1. El Estado.....	44
2.2. Administración Pública.....	51
2.3. Marco legal de la protección de la salud en México	55
2.4. Antecedentes de la política social en México.....	59
2.4.1. Focalización.....	63
2.4.2 Privatización	75
2.5. Universalismo básico como alternativa de política social	79
2.6 Garantías sociales y derechos subjetivos.....	85
2.6.1. Garantías sociales.	85

2.7. Aspectos generales del artículo 4° constitucional en materia de salud.	87
2.7.1. El derecho a la salud.	90
2.7.2. Consagración de los derechos relacionados con la salud en la constitución política de los estados unidos mexicanos.	95
2.8. La ley general de salud.	104
2.9. Disposiciones complementarias.	123
2.9.1. La Ley de Asistencia Social.	123
2.9.2. La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	123
2.9.3. La Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.	124
2.9.4. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.	124
2.9.5. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.	125
CAPITULO III: Implementación de las políticas para la atención de los servicios de salud pública en materia reproductiva y sexual.	127
3.1. Primera incorporación de los componentes de la Salud Reproductiva.	127
3.2. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.	128
3.3. Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud	137
3.4. Las políticas de salud reproductiva en la actualidad.	138
3.4.1. Plan Nacional de Desarrollo	139
3.4.2. Programa Nacional de Población	142
3.4.3. La planificación familiar.	144
3.4.4. Los varones en la planificación familiar.	145
3.4.5. El aborto, la salud reproductiva y los jóvenes.	146
3.5. Programa Nacional de Salud, Programa de Acción: Mujer y Salud.	150
3.6. Programa de Acción: salud reproductiva, VIH/SIDA, cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud.	154
3.7. El Sistema Nacional de Asistencia Social	164
3.8. La creación de los derechos sexuales.	166
3.9. ¿Qué son los derechos sexuales?	167
3.10. La naturaleza de los derechos sexuales.	170
3.11. Propuesta feminista de los derechos sexuales.	177
3.12. Las dimensiones ética, jurídica y política de los derechos sexuales y reproductivos.	182
3.12.1. Dimensión ética.	183

3.12.2. Dimensión jurídica.....	189
3.12.3. Dimensión política.....	196
CAPITULO IV: Acciones del gobierno mexicano hacia la universalización de los servicios de salud y las disyuntivas de los órdenes de gobierno en materia de planificación familiar y salud reproductiva.....	201
4.1. El Sistema de Protección Social en Salud.....	201
4.2 Portabilidad y convergencia.....	205
4.3. El intercambio de servicios de salud en México.....	207
4.4. Convenios y Acuerdos.....	209
4.5. Propuesta de FUNSALUD, hacia la universalidad de los servicios de salud.....	213
4.6. El Estado mexicano y las políticas de población.....	220
4.7. Las reformas jurídicas y la política demográfica.....	225
4.7.1. La Planificación Familiar en México.....	227
4.7.2. La Anticoncepción en México.....	229
4.7.3. El movimiento a favor del control natal en México.....	229
4.8. ¿Qué es la salud reproductiva?.....	232
4.8.1. Salud reproductiva y reproducción humana.....	235
4.8.2. La institucionalización de la salud reproductiva en México.....	238
4.9. La salud Integral para las mujeres. Un saldo pendiente del régimen.....	245
4.10. Violencia de género. Condición que acompaña a las mujeres en su ciclo vital.....	246
4.10.1. El aborto. Un problema de salud pública y justicia social.....	249
4.10.2. La salud reproductiva y el aborto en México.....	251
4.10.3. Los varones y su inclusión en las políticas de población.....	253
Conclusiones.....	256
Bibliografía.....	263

Introducción.

En México, el acceso a los servicios de atención a la salud comenzó a ser abordado a partir de la segunda mitad del siglo XX; no obstante, el derecho a la salud se elevó a nivel de norma fundamental, por primera vez, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, junto con otros aspectos importantes como son: la educación, la alimentación y el derecho al trabajo, inmersos en una democracia como estructura jurídica y régimen político, con la preocupación constante del mejoramiento económico, social y cultural de la población. El derecho a la salud, desde un enfoque global, está contemplado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos; específicamente está clasificado en los derechos sociales. Tiene como plataforma institucional a nivel internacional la creación de la Organización Mundial de la Salud, establecida en el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Al ser nuestro país una República constituida como representativa, democrática, laica y federal, le compete al Estado, de acuerdo a la OMS, la aplicación de reglamentaciones específicas, programas y servicios públicos para el bienestar de la población en el ramo de la salud.

La salud es un tema fundamental para el desarrollo de México, ya que el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud que presente nuestra población mexicana. No puede haber un progreso nacional si la salud de los mexicanos no es satisfecha por las autoridades responsables o bien, no responde a las aspiraciones del progreso nacional.

El derecho a la salud de los mexicanos, consiste en gozar de prestaciones integrales de salud de la misma calidad, eficiencia y oportunidad, por medio de instituciones competentes.

Al derecho a la salud, se le considera dentro del amplio catálogo de los derechos sociales contenidos como ya se ha dicho en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo cual, ha permitido que la salud no se vea como un simple objetivo de política pública, sino que se entienda como un derecho del que todos podemos disfrutar, porque las condiciones técnicas y tecnológicas lo permiten.

El gobierno en este caso el estado mexicano tiene la obligación de elevar a rango Constitucional el derecho a la salud tanto para hombres como para las mujeres, logrando con ello, edificar una sociedad más justa, dando la base a un sólido e integrado Sistema Nacional de Salud, el cual, garantiza a todos los mexicanos en el más breve plazo, servicios igualitarios y permanentes de salud. Así como otros derechos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que tienen relación con la salud, tal es el caso del derecho a la protección a la vida, el derecho a la protección de la libertad y dignidad humana, el derecho a la protección del medio ambiente, el derecho a la seguridad social, el derecho a la protección de la familia, el derecho de asociación, el derecho al trabajo y el derecho a la libertad de tránsito y el derecho a los servicios asistidos reproductivos.

Además, se destaca la importancia que tienen los ordenamientos legales que se encargan de regular el derecho a la salud, entre ellos, la Ley General de Salud, la Ley de Asistencia Social, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, entre otros.

Por ser la salud de la población un derecho social que depende de diversos factores, destaca la importancia que tiene la desigualdad social en el país en torno a la protección de la salud, toda vez que, la situación de salud de nuestro país depende fundamentalmente, de las condiciones generales de vida de la población y de la base económica y social en que éstas dos se producen, manifestándose en una vida sana y de mejor calidad.

Bajo esta consideración, uno de los objetivos fundamentales del presente trabajo de investigación se orienta en desarrollar el comportamiento, estructura y funcionamiento del sector salud, como un medio para hacer efectivo los propósitos del derecho a la protección de la salud en las mujeres, contenido en el artículo 4° constitucional, para ello se analizan los conceptos y la clasificación de las garantías sociales y de los derechos subjetivos, ya que son dos temas fundamentales que van muy ligados al derecho a la salud y la protección de la misma.

Se trata de concienciar al lector, respecto a la importancia que tienen en el cuidado de la salud los temas de la promoción, educación, prevención y aplicación de medidas correctivas en materia de salud, ya que con ello se pretende demostrar a la población la repercusión que tienen su participación en el cuidado de la salud individual, familiar y de la comunidad en general, ya que el conocimiento preciso y claro les facilita la identificación de problemas y la mejor manera de solucionarlos. La educación para la salud es la encargada de fomentar en la población, el desarrollo de actitudes y conductas que le permiten participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y de accidentes, además, trata de proporcionarles los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud. Por lo que respecta a al ámbito de la prevención, en derechos asistidos en materia de etapa reproductiva en las mujeres, es un tema concerniente al apoyo del Estado hacia las mujeres en su etapa reproductiva y sus derechos sexuales, enfoca a la salud con una visión proteccionista.

Para el desarrollo social de la salud, el Estado considera este aspecto como fundamental, de acuerdo a lo que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la planeación en esta materia, el Estado creó el Plan Nacional de Desarrollo, que contempla de manera muy abstracta al sector salud, pero a su vez, sirve de base para la establecer un ordenamiento derivado, que es particular y propio de la materia de salud, denominado “Sistema Nacional de Salud”, éste busca atender los problemas y rezagos que en esta materia, mediante líneas

de acción específicas y en el marco de una revisión a fondo de nuestro sistema de salud.

Tanto el Plan Nacional de Desarrollo como el Sistema Nacional de Salud, son instrumentos que sirven para lograr los objetivos del derecho a la protección de la salud, como lo establece el artículo 4° Constitucional.

Cabe destacar que en México, la estructura institucional de salud se compone de tres grandes sectores, que se encargan de la protección de la salud, denominados: sector público, sector privado y sector social, interrelacionados entre sí y que trabajan conjuntamente con las autoridades sanitarias del sistema mexicano.

Bajo este contexto, uno de los ejes de análisis que se encontrarán en la presente investigación es que las mujeres se construyen en movimiento, en la práctica social, en la concreción de derechos, en la deconstrucción de identidades patriarcales que les permiten asumirse como como personas con derechos y obligaciones, lo que la ley identifica como sujetos de derechos, dentro de un proceso histórico en construcción, dialéctico, heterogéneo, que alude a los derechos y responsabilidades de mujeres y hombres que pertenecen a una determinada comunidad política; esto concreta la posibilidad que tienen los ciudadanos de ambos sexos de contribuir en la vida pública de la comunidad, mediante la participación política.

Uno de esos parámetros de participación fue la creación del feminismo y de los *derechos sexuales y reproductivos y la ciudadanía de las mujeres en México*, se pretende discernir, explicar y sistematizar, cómo en los escenarios políticos, nacionales e internacionales, el sujeto político feminista ha tenido múltiples formas y espacios de expresión; cómo ha propiciado el clima de cuestionamiento a la desigualdad y marginación de las mujeres; cómo ha reconceptualizado a la mujer, para entender que las mujeres son todas y que el beneficio y/o la afrenta para una, es para todas; cómo ha elaborado una perspectiva de análisis de género que rebasa al determinismo biológico y en cambio les permite distinguir cómo, a partir de las

diferencias sexuales, se tejen las desigualdades sociales; cómo ha documentado y denunciado las violaciones que se cometen en contra de los derechos de las mujeres en el país; cómo ha construido y propuesto alternativas, programas, políticas públicas y leyes que tienden a favorecer la calidad de vida para las mujeres. Y cómo ha propiciado, en las conferencias internacionales de las últimas tres décadas, todo un marco de reflexión, organización y vindicación que ha posibilitado la construcción de derechos sexuales y reproductivos para las mujeres.

La sexualidad es un elemento fundamental de las mujeres, atraviesa por sus cuerpos manipulados, reprimidos, controlados, dominados, sin conciencia de derechos para decidir sobre él, sin conciencia de que es su propiedad y que las únicas que pueden tomar las decisiones sobre los acontecimientos que le suceden son las propias mujeres, acto que pasa por nuestro ejercicio, por el reconocimiento de ellas mismas por asumirse como seres con capacidades de pensamiento propio y decisiones y con derechos únicos.

La explicación de tal proyecto se fundamenta en la perspectiva feminista de género, en tanto el feminismo sacó del silencio que las mujeres viven en el espacio privado. Lo que se habla sobre el cuerpo de las mujeres nunca fue, hasta la emergencia del feminismo, producto de su propia voz. Su cuerpo y sexualidad ha sido pieza clave en el discurso y práctica feminista. Se ha constituido en foco de análisis, tema de reflexión, autoconciencia de opresión, territorio de desposeimiento de la propia existencia y signo de rebeldía al vindicar a las mujeres, "Nuestro cuerpo nos pertenece". "Los discursos disciplinadores de ese cuerpo y la construcción de la naturaleza femenina a partir de allí, son representaciones masculinas hechas por los hombres y depositadas en las mujeres, la deconstrucción de la historia de la vida privada fue un camino para que ellas comprendieran las formas de poder que eran ejercidas sobre sus cuerpos y que los transformaban en un lugar de desposeimiento de la propia existencia. Por eso la consigna "nuestro cuerpo nos pertenece" que en la década de los setenta se extendió por el mundo inspirando rebeldías, debe ser

rescatada hoy en día como un enunciado y lugar de constitución de existencia propia”.

El cuerpo de las mujeres con sus derechos sexuales y reproductivos comenzó a ser reconocido institucional e internacionalmente en 1994, a partir de la Conferencia Internacional de El Cairo; aunque la defensa feminista tiene más de un siglo. El gran logro de este sector fue haber puesto a los derechos sexuales y reproductivos como temas de reflexión en las conferencias internacionales, que se desarrollaron en los años noventa. Los derechos de las mujeres sobre sus cuerpos y sexualidades colocan al feminismo en un nuevo campo: el de la ciudadanía como un espacio en el que se puede lograr la dignidad humana y la justicia social.

La cultura política feminista expresa en los últimos años su capacidad para transformar su discurso: de la denuncia y rebeldía contra la opresión, enajenación, marginación y exclusión de las mujeres, el centro de su reflexión pasó a ser, la constitución de las mujeres como ciudadanas plenas con derechos, responsabilidades, poderes y autonomía a decidir libremente sobre su cuerpo.

Nuestra visión de análisis es la perspectiva de las políticas mexicanas hacia el tema de sexualidad y derecho reproductivo en las mujeres, con ésta destacamos que las mujeres están en un proceso en construcción, estrechamente relacionado con la constitución del sujeto político mujer. Las mujeres a las que nos referimos cobra expresión en los movimientos sociales; en la exigencia al Estado, de recursos y poder para ejercer sus derechos; en la intervención pública y política de las mujeres en los espacios de decisión; en la posibilidad de que las mujeres decidan sobre su cuerpo; se traduce también en la elaboración y difusión de la agenda política feminista que propone políticas públicas de bienestar, calidad de vida y desarrollo humano para las mujeres.

El presente estudio ilustra a través de pasajes, leyes, decretos, programas y dependencias federales encargadas del tema de la salud, los avatares ideológicos,

políticos y culturales a los que se han enfrentado para que se les reconozcan sus derechos y lograr reconocimiento como ciudadanas en tanto su ejercicio no se limita a votar en elecciones o gozar de libertad de expresión, recibir beneficios sociales o tener acceso a servicios de salud, si bien, estos aspectos constituyen el eje de la ampliación de derechos en situaciones históricas concretas, es preciso además destacar la trascendencia de la acción política de las mujeres en la construcción de su ciudadanía.

Con el inicio del nuevo milenio, es fundamental presentar y dotar a las mujeres de toda una agenda política que se despliegue, concrete y organice bajo una premisa central: el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, sobre su vida y el campo de los derechos sexuales y reproductivos, que se presenta como pieza clave en la construcción ciudadana de las mujeres.

En razón de estos lineamientos el presente estudio se divide en cuatro capítulos para un mejor desarrollo y claro entendimiento sobre el tema de las políticas para el acceso de las mujeres a los servicios de salud, el de sus derechos a una vida plena y responsable en materia de sexualidad y espacialidad reproductiva.

En el capítulo uno: Cuyo título obedece a “Los servicios de salud en México y la situación actual”, se aborda cómo están conformados los sistemas de salud en nuestro país, también se hace alusión a diversas generalidades que tienen que ver con diferentes programas encargados de la asistencia en salud, principalmente en lo que concierne, a las funciones que tienen encomendadas, su misión, objetivos y supuestos que deben de cumplir a favor de la población mexicana, especialmente en las mujeres y la pluralidad de especificaciones que existen para clasificar a las diversas objetividades gubernamentales encargadas de abastecer los servicios de salud en México.

El segundo capítulo denominado: Las políticas del Estado, política social y el marco jurídico para el cuidado de la salud en México se analizará el funcionamiento

institucional específicamente el sector salud; la tendencia que ha tenido a través del tiempo y la preocupación del Estado y la administración pública por cumplir el mandato constitucional del derecho a la salud, proveer de protección social en este ámbito y brindar acceso a los servicios de salud a toda la población teniendo en primera línea a las mujeres. Asimismo, se abordarán aspectos importantes sobre las diferentes políticas sociales implementadas en el ramo de la salud y otros sectores sociales, se expondrán algunos programas focalizados a partir de la segunda mitad del siglo XX y se describirá el concepto de universalismo básico como alternativa de política social, se analizarán las diferentes políticas sociales implementadas en México, hasta llegar al universalismo básico como alternativa, así como la prioridad y legitimidad que tiene las leyes mexicanas para el cuidado de la salud en la población en situación más vulnerable.

Para el tercer capítulo: Implementación de políticas para la atención de los servicios de salud en materia reproductiva y sexual, se 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 a manera de ejemplo, se exponen algunos que no pertenecen a la Secretaría de Salud, por su relevancia en la incorporación del enfoque de género en todos los ámbitos de la administración pública siendo uno de los ejes del concepto de los derechos reproductivos. Como parte de la hipótesis del trabajo, se demuestra que existen sólo algunos mecanismos formalmente establecidos para la coordinación interinstitucional entre las instituciones encargadas de realizar la atención en salud reproductiva en México. Expone las diferentes leyes que de alguna manera regulan la actividad gubernamental en materia de salud reproductiva, así como las fundamentales normas oficiales que marcan las pautas en temas específicos de salud reproductiva

En el cuarto capítulo titulado: Acciones del gobierno mexicano hacia la universalización de los servicios de salud y las disyuntivas de los órdenes de gobierno en materia de planificación familiar y salud reproductiva, se analizarán las acciones realizadas a partir de la implementación de políticas públicas como la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud, asimismo se expondrán los temas de portabilidad y convergencia como estrategias por parte de la Secretaría de Salud, y se hará referencia a algunos convenios y acuerdos firmados en el Sector Salud que son considerados como parte importante de las acciones hacia la universalización de los servicios de salud en el país. Para finalizar, se abordará la propuesta de Fundación Mexicana para la Salud, dirigida hacia la universalización de los servicios de salud en México; lo anterior, debido a la importancia en la influencia que dicha fundación ha mantenido en la implementación de políticas de salud en México; por mencionar un ejemplo, la creación del Seguro Popular, destacando los orígenes y antecedentes del desarrollo de lo que ha sido la política de planificación familiar en México, 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 diseño de la investigación es de naturaleza cualitativa, no experimental, descriptiva y observacional, es decir, se han identificado y descrito los principales elementos y características que definen el origen y devenir histórico de la problemática de la mujer en materia de acceso a servicios de salud, para lo cual, se requirió la consulta y revisión de fuentes y bases de datos del pasado; en particular se utilizó los elementos que ofrecen las fuentes bibliográficas y hemerográficas disponibles, proponiendo una visión crítica sobre el material seleccionado para evitar cualquier sesgo ideológico.

Debe señalarse que las fuentes bibliográficas consultadas se encuentran adecuadamente registradas en el apartado Bibliografía, pese a que en algunos casos no se consideraron para la integración en el cuerpo de la investigación, sin

embargo, facilitaron elementos para contrastar, validar o refutar la información obtenida en otras fuentes.

Asimismo, en cuanto al diseño de la investigación se encuentra el haber sido de carácter retrospectivo y transversal, dado que se trabajó con información obtenida con anterioridad al proyecto y con fines ajenos al trabajo de investigación, así como el que se mide una sola vez las variables en un momento determinado.

De esta manera el tipo de estudio se caracteriza por ser de tipo exploratorio, el cual permite “preparar el terreno” para investigaciones posteriores de mayor profundidad y con objetivos más precisos, conforme a la definición que indique Movimiento Ciudadano como línea de profundización y donde requiera análisis más puntuales, con el fin de ofrecer a simpatizantes, militantes y ciudadanía en general, elementos de juicio para definir su postura política – ideológica sobre este tema.

En este sentido, el diseño de la investigación busco ante todo allegarse de una visión integral de las variables, actores y circunstancia que rodean al problema de la baja atención a los problemas de salud de la mujer y que dan cauce para la definición de una política de estado, distinguiendo su problemática y las áreas de oportunidad para insertarse como elemento de desarrollo y justicia social.

En esta parte, se realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía y fuentes disponibles con el fin de discernir el material que atendiera de mejor manera el objetivo y propósito encomendado para la investigación, en este sentido, fue necesario prescindir de algunas de ellas en razón de la dificultad manifiesta de acceder al material y también debido a que la profundidad y contenido del material difería sustancialmente del perfil definido para la investigación. No obstante, se integró una base de datos bibliográficos que pudiera ser útil para futuras investigaciones, conforme la línea de investigación definida con Movimiento Ciudadano.

CAPITULO I: Los servicios de salud en México y la situación actual de los mismos.

1.1. Conceptos generales de los servicios de salud en México.

Para empezar a delinear nuestro tema de estudio, empezaremos por citar lo que es el concepto que se tiene acerca de los servicios de salud en México conforme a sus principios y funciones que lo caracteriza en base de ello tenemos lo que es la secretaria de salud y cómo es que esta se define: La Secretaría de Salud es la instancia administrativa rectora del Sistema Nacional de Salud, por ello, se encuentra facultada para dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y del Gobierno en cuanto a la Salud Pública, el desarrollo de las ciencias médicas y la Industria Médico Farmacéutica.

Dentro de los principios rectores que tiene esta dependencia, se encuentran esencialmente los de carácter estatal y social de la medicina, mediante la accesibilidad y gratuidad de los servicios, la orientación profiláctica conforme a la aplicación adecuada de los adelantos científicos y tecnológicos, con base a la participación de la comunidad y la colaboración internacional; asimismo, su actuación se desarrolla bajo una centralización normativa y una descentralización ejecutiva, que se determina en los hechos, en un control y una vigilancia epidemiológica de las enfermedades y sus factores de riesgo. Esta Secretaría también se encarga de ejercer el control y la vigilancia sanitaria de todos los productos que pueden tener influencia sobre la salud humana, mediante la regulación y control de la aprobación, ejecución y evaluación de las investigaciones biomédicas o de cualquier tipo que se realice directamente en seres humanos, a la vez que norma las condiciones higiénicas del país en relación con el saneamiento del medio ambiente y hacia aquellos aspectos que puedan resultar agresivos a la salud humana al controlar su cumplimiento a través de inspecciones sanitarias federales y estatales.

También se encuentra regida para regular el ejercicio de la medicina y de las actividades que le son afines para ejercer la evaluación, el registro, la regulación y el control de los medicamentos de producción nacional y de importación, equipos y material médicos.

1.2 Las funciones específicas de los servicios de salud

Como se mencionó con anterioridad, las funciones de los servicios de salud se centran en la planificación y ejecución de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud humana. Además de organizar los servicios de atención médica preventiva y curativa para toda la población, complementan la asistencia social destinada a los ancianos, impedidos físicos y mentales, así como también tienen a su cargo otras atenciones de carácter sanitario.

Tales servicios también elaboran y mantienen el sistema de información estadística en materia de salud, a efecto de satisfacer sus propias necesidades como organismo, así como las de otros de carácter nacional. Al organizar, dirigir y controlar el proceso de formación, especificación, perfeccionamiento y educación continuada de los profesionales y técnicos propios de las actividades que habitualmente desarrolla.

Otras de sus tantas misiones, es la de dirigir las actividades de producción, exportación, importación, comercialización, distribución y almacenamiento de medicamentos, de artículos y equipos médicos.

“Al dirigir la actividad de comercialización de los servicios de salud, asistencia técnica, la formación y especialización de personal, así como software y literatura científica afines con la actividad propia” (Información recopilada de Internet, tomada de la siguiente dirección electrónica: www.ecured.cu/index.php/Ministerio_de_Salud_Pública).

Con ello se busca fortalecer y mejorar no solo el servicio y la calidad del mismo si no todo el órgano que la conforma para desde su parte más pequeña dentro del rubro se encuentre consolidada y a la vez a la vanguardia de las necesidades que la misma institución valla demandando.

1.3. Clasificación de los servicios de salud

En el presente apartado se detallará la manera en cómo están clasificados los servicios de salud en México, haciendo especial hincapié en lo que refiere a las claves con las que están registrados para la contabilidad nacional; asimismo, se dará a conocer las formas en cómo cada dependencia maneja los distintos rubros que conciernen a la asistencia social de salud.

Dentro de esa clasificación, se citan los siguientes aspectos.

Diferentes claves para identificar los grupos de los servicios de salud.

A continuación, se describen las diferentes subclases que a riesgo de aparecer excesivas o muy amplia la información se considera importante porque nos refleja una estructura más detallada al concepto de los servicios de salud ya que en este tercer nivel de la estructura de la Clasificación de Instituciones de Salud (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Clasificación de instituciones de salud. México, p. 27), está conformado de un total de 21 subclases.

El criterio en el que se basa para conformar las diferentes subclases de instituciones de salud, propiamente es la identificación de los diferentes tipos de instituciones de salud, tanto públicas como privadas, que brindan servicios a la población derechohabiente y no derechohabiente. La subclase de instituciones se identifica por los primeros tres dígitos, de izquierda a derecha, de la clave numérica de la Clasificación de Instituciones de Salud. El cuarto nivel de la estructura de la citada Clasificación, está conformada de un total de 45 tipos de unidades médicas

en que se dividen las diferentes subclases de instituciones de salud. El criterio en el que se basa para conformar los tipos de unidades médicas es su agrupación en tres grandes rubros de acuerdo al nivel de atención que brindan: las unidades, clínicas o centros de salud que corresponden al primer nivel de atención de la salud, los hospitales y centros médicos que son las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención de la salud, y otro tipo de descripciones de unidades médicas que no es posible ubicarlas en los dos niveles anteriores.

La estructura del tipo de unidades médicas es para cada subclase de instituciones, con excepción de las instituciones privadas, respecto de las cuales la información es generalmente insuficiente para identificar el nivel en el que se ubican.

El tipo de unidad médica se identifica por los cuatro dígitos de la clave numérica de la Clasificación de Instituciones de Salud.

- Claves y subclaves de Instituciones de Salud (Salud Pública, Clasificación de instituciones de salud por entidad federativa. México. 2012, pp. 13-15).

Esto lo que refiere las claves y subclaves de instituciones de salud y como parte de la Clasificación de Instituciones de Salud, para todos los tipos de unidades médicas de cada institución, se agrega un listado de los nombres de las unidades médicas a las que se asigna la misma clave del tipo de unidad médica en función de la subclase de institución de que se trate. Asimismo, con la finalidad de facilitar el manejo de la clasificación, el listado de las unidades médicas públicas y privadas se presenta por entidad federativa. Cabe señalar, que dicho listado de unidades médicas, en sentido estricto, no es un clasificador, dado que en cada entidad federativa existe un sinnúmero de unidades médicas con el mismo nombre y el clasificador solamente contempla una descripción de la misma. La Clasificación de Instituciones de Salud por entidad federativa contiene alrededor de 18,000 descripciones de unidades médicas públicas y privadas.

Dicho listado está actualizado en el caso de las instituciones de salud públicas hasta el año 2014, y en algunos casos hasta el 2015, mientras que el de las instituciones privadas es hasta el año 2013.

- Instituciones de salud del sector público

Este grupo comprende a todas las instituciones de salud pertenecientes al sector público en sus diferentes niveles: federal, estatal o municipal, que ofrecen servicios de salud a la población derechohabiente y no derechohabiente.

- Instituciones de salud y de seguridad social (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Clasificación de instituciones de salud. México. pp. 34-38).

Esta clase comprende a todas las instituciones de salud y/o seguridad social, pertenecientes al sector público en sus diferentes niveles: federal, estatal o municipal, que ofrecen servicios de salud a la población derechohabiente, como resultado de una prestación laboral al trabajador, por ser pensionado o jubilado, o ser un familiar beneficiario.

1.4. Instituciones de salud públicas

Esta clase comprende a todas las instituciones de salud pertenecientes al sector público en sus diferentes niveles: federal, estatal o municipal, que ofrecen servicios de salud a la población no derechohabiente o abierta, entre tales instituciones se encuentran las siguientes:

- Secretaría de Salud (SSa). Esta subclase comprende a todos los centros de salud, clínicas o unidades de consulta externa, hospitales y centros médicos pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSa).

- Centros de Salud, Clínicas o Unidades de Consulta Externa. Comprende a todos los centros de salud, clínicas o unidades de consulta externa pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSa), a través de los cuales se brindan servicios de salud en el primer nivel de atención.
- Hospitales y Centros Médicos. Comprende a todos los hospitales y centros médicos pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSa), a través de los cuales se brindan servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención.

Por otra parte, tenemos al IMSS Oportunidades. Esta subclase comprende a todas las unidades médicas, clínicas o unidades de consulta externa y hospitales pertenecientes al IMSS-Oportunidades. Cabe aclarar que también se conocen como IMSS-Solidaridad.

Unidades Médicas, Clínicas o Unidades de Consulta Externa. Comprende a todas las Unidades de Medicina Familiar pertenecientes al IMSS-Oportunidades, a través de los cuales se brindan servicios de salud en el primer nivel de atención.

Hospitales. Comprende a todos los hospitales pertenecientes al IMSS Oportunidades, a través de los cuales se brindan servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención (Ibíd.).

1.5. Unidades del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)

En esta subclase se comprende a todos los centros de salud, de rehabilitación y hospitales pertenecientes al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF).

- Centros de Salud y Rehabilitación. Comprende a todos los centros de salud y de rehabilitación pertenecientes al Sistema Nacional para el Desarrollo

Integral de la Familia (SNDIF), a través de los cuales se brindan servicios de salud en el primer nivel de atención.

- Hospitales. Comprende a todos los hospitales pertenecientes al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), a través de los cuales se brindan servicios de salud en el segundo nivel de atención.

Esta subclase comprende principalmente a los programas emergentes dirigidos a los sectores de población más desfavorecidos, o a quienes pueden pagar cuotas preferenciales para acceder a los servicios médicos que provee el Estado a través de centros de salud, clínicas o unidades de consulta externa, hospitales y centros médicos pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSa)” (Ibíd.).

Instituciones o Programas de Salud Pública o Seguridad Social. Comprende a todos los derechohabientes del Sistema de Protección Social en Salud, comúnmente conocido como Seguro Popular, el cual opera a través de las unidades médicas pertenecientes a la Secretaría de Salud.

1.6. Instituciones de salud del sector privado

En este grupo comprenderemos a todas las instituciones de salud pertenecientes al sector privado, que ofrecen servicios de salud a la población derechohabiente previo convenio o contrato, y a la no derechohabiente o abierta. Esta clase la conforman todas las instituciones de salud pertenecientes al sector privado que ofrecen servicios de salud a los trabajadores de instituciones o dependencias públicas y a sus beneficiarios, previo establecimiento de un contrato o convenio, comprende a todas las clínicas, unidades de consulta externa, hospitales y sanatorios privados que ofrecen servicios de salud a los trabajadores de instituciones o dependencias públicas y a sus beneficiarios, previo establecimiento de un contrato o convenio. En este caso se encuentran los estados, municipios y organismos e instituciones públicas estatales, que no cuentan con unidades médicas propias y establecen

convenios o contratos con instituciones de salud privadas para brindarles servicios médicos a sus trabajadores y sus beneficiarios.

- Clínicas o unidades de consulta externa

“Comprende a todas clínicas o unidades de consulta externa de las instituciones de salud privadas, que ofrecen servicios de salud a los trabajadores de instituciones o dependencias públicas y a sus beneficiarios, previo establecimiento de un contrato o convenio. En esta categoría, se incluyen unidades de cualquier nivel de atención según la clasificación utilizada por el sector salud.” (Ibíd.).

Dentro de las instituciones privadas es que tenemos también las clínicas o unidades de consulta externa que dan los mismos servicios que se solicitan a nivel federal simplemente que estos conllevan un gasto extra por el servicio en cuanto a una atención en salud de manera privada.

1.7. El sistema mexicano de salud.

En este apartado veremos lo que confiere a nuestro Sistema Nacional de Salud mexicano el cual es definido como un conjunto de entidades públicas —federales y estatales—, del sector social y del privado que prestan servicios de salud a la población que reside en el territorio de México. El surgimiento del Sistema Nacional de Salud está relacionado con la reforma sanitaria que se ha implementado gradualmente en el país a partir de la década de 1980, después de la crisis financiera que llevó al borde de la quiebra al estado mexicano. Para poder enfrentar esta situación el gobierno mexicano suscribió una serie de compromisos con organismos financieros multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, entre los que se encontraba precisamente el desmantelamiento de los servicios estatales de salud y la implementación de un sistema de orientación liberal que permitiera la participación de actores privados en el campo de la salud.

Este está conformado por varias instituciones de esa naturaleza, así como por programas; ambos se encuentran constituidos para llevar a cabo, entre otras, las siguientes funciones:

- e) Obtener recursos económicos a través de canales obligatorios y voluntarios para financiar los servicios que proporciona.
- f) Desarrollar instalaciones y redes para proveer el servicio que tienen a su cargo.
- g) Financiar el cuidado integral de la infraestructura sanitaria.
- h) Administrar eficientemente los servicios de salud que provee.

1.8. México en el contexto internacional: Objetivos de milenio

1.8.1. Salud y expectativa de vida

La presencia de enfermedades y la ocurrencia de eventos que quebrantan la salud de la población en ocasiones son inevitables, sin embargo, se pueden generar las condiciones para reducir su probabilidad de ocurrencia. En este sentido, durante el siglo pasado se generaron avances significativos en la materia, se han reducido las muertes por enfermedades asociadas a la pobreza; la tasa de mortalidad en adultos se redujo al igual que la mortalidad infantil y la mortalidad materna, en muchos países como México, se ha logrado una cobertura universal en las vacunas del cuadro básico. Por otro lado, se han alcanzado avances significativos en la ciencia y la tecnología que han contribuido a mejorar las condiciones de salud de la población.

Una forma de medir los avances en salud es la esperanza de vida al nacer (EVN), pues refleja la probabilidad que tiene una persona de vivir gracias a las acciones impulsadas por preservar la salud de la población, se ha logrado dar atención a enfermedades que anteriormente causaban la muerte a lo largo del ciclo de vida, y que hacía que muchas personas no pudieran alcanzar una etapa adulta. En 1960 la

EVN más baja en todo el mundo fue de 31 años, para 2007 este indicador fue de 42 años; por otro lado, la EVN más alta fue 74 años en 1960 y para 2007 fue de 83 años; es decir, a nivel mundial se logró aumentar la expectativa de vida de una persona en nueve años. México ha presentado grandes avances en este indicador gracias a las políticas de salud que ha implementado el Estado, mediante la creación de instituciones de seguridad social y de salud, así como de la implementación de diversos programas sociales con un componente de salud. Entre 1960 y 2007 logró aumentar en dieciocho años la EVN; en 2007 la expectativa de vida que tenía cualquier recién nacido era de 75 años, 77 para mujeres y 73 para los hombres. México se ubica en el lugar número 62 de 210 países en este indicador, en 1960 ocupó la posición 85 de 200 países, lo cual refleja avances acelerados con respecto a otros países.

Las políticas de salud han permitido este avance, el diferencial entre México y el promedio de los países con ingreso alto es de apenas cuatro años. Nuestro país se encuentra al mismo nivel que Argentina, Holanda, Polonia, Ecuador y Bosnia Herzegovina.

Los países con mayor rezago en salud se encuentran en África y en Asia, esta tendencia no ha cambiado mucho desde hace casi cincuenta años, los bajos niveles de desarrollo económico que prevalecían desde entonces han mermado el desarrollo de su población, lo cual se ve reflejado en la poca expectativa que tienen las personas de llegar a edades por arriba de los sesenta años.

A lo largo del ciclo de vida, una persona ve interrumpida su salud con alguna enfermedad, lo cual se ve reflejado en un menor número de años para realizar sus actividades diarias, en este sentido se generó la “Esperanza de Vida Sana al Nacer (EVSAN)” como un indicador aproximado de la expectativa de vida que tiene una recién nacido en un país una vez que se le ha descontado los años que las personas pierden como consecuencia de problemas de salud. En 2007, de acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo se perdían

nueve años en promedio, a pesar de esta diferenciación, la brecha entre países ricos y pobres siguen estando presentes, mientras en países con ingresos altos la esperanza de vida saludable era de setenta años, en países con ingresos bajos era de solo cuarenta y nueve años. En las regiones que realiza la OMS, los diferenciales también se hacen presentes, mientras que en Europa, la región de las Américas y del Pacífico Occidental la EVSN era de 67 años, en África solo era de cuarenta y cinco años.

México se encuentra en la posición cincuenta y cuatro con respecto a este indicador. La EVN es de 76 años mientras que la EVSN es de 67 años, por lo que, de continuar con las condiciones actuales en materia de salud, una persona tiene el riesgo de perder nueve años en promedio por cuestiones de enfermedades.

Los indicadores de mortalidad aportan elementos adicionales a la esperanza de vida para tener un panorama general de la salud en un país. De acuerdo a estimaciones de la OMS, cerca del 20% de todas las defunciones son de niños menores de cinco años, y en muchos países, las tasas de mortalidad en adultos siguen siendo alta, sobre todo en aquellos países donde se suscitan conflictos o en la región de África donde el virus del SIDA causó la muerte de millones de personas.

El riesgo de muerte de un infante sigue estando asociado al nivel de ingreso y de desarrollo de un país. Mientras que en un país con ingreso alto, las muertes que se suscitan por cada 1,000 niños nacidos vivos es de seis, en un país con ingreso bajo es de setenta y ocho, según datos de 2007, es decir, una proporción de uno a trece, sin embargo, existe una clara tendencia a reducir el número de muertes de los recién nacidos, entre 1970 y 2007, los países de ingreso alto mejoraron en este indicador en un 75%, los de ingreso medio en 59% y los de ingreso bajo en 42%, la capacidad para reducir el número de muertes infantiles también es función del ingreso de un país. México, por su parte, logró reducir en un 63% el número de muertes de recién nacidos por cada 1,000 niños nacidos vivos, lo cual representa uno de los mejores dinamismos en el mundo, sin embargo, si observamos durante

las dos últimas décadas, el ritmo de mejora se ha reducido, mientras que en la década de los setenta y ochenta se mejoró el indicador en 26.6% y 27.6%, respectivamente, entre el año 2000 y 2017 solo se ha mejorado en 9.4%, lo que representa la tasa de crecimiento más baja en todos los grupos de países, incluso la de los países de ingreso bajo; México había tenido un comportamiento similar al grupo de países de ingreso medio alto, sin embargo, nuestro país ha comenzado a rezagarse, mucho de ello tiene que ver en que existen regiones al interior del país con grandes rezagos que frenan la reducción en el número de muertes.

En lo que respecta a la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años, la tendencia es un espejo de la tasa de mortalidad en recién nacidos, el mundo ha puesto especial atención en reducir el número de muertes neonatales y en los niños menores de cinco años, sobre todo en ofrecer inmunización en aquellos padecimientos que anteriormente generaban un número elevado de muertes y a la reducción de muertes por infecciones respiratorias y diarreas.

Los avances en México durante las últimas cuatro décadas han sido constantes, sin embargo, al igual que en el indicador anterior, comienza a rezagarse respecto al grupo de países con ingreso medio alto, en la presente década solo ha logrado mejorar en 8%, una tasa de crecimiento muy por debajo del grupo de países con ingreso medio bajo y medio alto (21.5% y 26.5%, respectivamente).

La tasa de mortalidad en personas adultas también se ha logrado reducir a nivel mundial, mientras que en 1960 fallecían 424 hombres por cada 1,000, en 2007 fueron 215, lo cual representó una reducción en el número de muertes relativas de 49%, en el caso de las mujeres, se logró mejorar el indicador en un 57%. No obstante, existen países que durante años, incluso décadas, han estado sumergidas en conflictos bélicos, lo cual hace que los avances que se han tenido en la reducción de la mortalidad infantil, se vean contrarrestados por el aumento de las muertes en adultos; por ejemplo, Afganistán que en 1960 su tasa de mortalidad en hombres fue de 617, en 2007 apenas logró reducirla a 441. Otro ejemplo es Irak,

que llegó a tener una tasa mínima de 145 en el año de 1997 pero que a partir del año 2000 su tasa ha ido en aumento hasta llegar un número de muertes de 234 hombres por cada 1000 adultos hombres. Por otro lado, se encuentran aquellos países que tienen una tasa de mortalidad superior a la que tenía a principios de la década de 1960, los casos más drásticos son Zimbawe, Swaziland, Mozambique, Malawi e incluso Sudáfrica.

Por su parte, México ha tenido grandes avances, actualmente tiene una tasa de mortalidad en adultos de 142 en hombres y de 79 en mujeres mientras que en 1960 estas tasas eran de 306 y 250, respectivamente. Las tendencias han sido positivas en todos los años, sin embargo, al igual que en las tasas de mortalidad infantil, se ha llegado a un punto en donde le cuesta más al país tener avances significativos en la reducción de muertes en personas adultas, los avances más grandes se dieron en las décadas de los sesenta, setenta y ochenta.

Actualmente los países de ingreso alto han superado los problemas de salud asociados a la pobreza, que en siglos anteriores, y todavía a principios del siglo XXI generaban un número muy grande de muertes. Actualmente, este grupo de países tienen problemas con el estado de salud de su población, pero generados por dos cuestiones fundamentales: la transición demográfica y el cambio epidemiológico, este último, asociado con los hábitos de alimentación y con el estilo de vida de la población.

En algunos países, la población comenzó a consumir un mayor número de calorías como consecuencia del aumento de su ingreso y de la reducción del número de pobres, además, las transformaciones económicas y sociales generaron cambios en el estilo de vida. Por ejemplo, Corea del Sur, que a partir de la década de los setenta comenzó un despegue en su economía, incrementó en 2000 calorías su consumo per cápita en tan solo quince años. En México sucedió algo similar, el auge económico de la segunda mitad del siglo XX permitió que los mexicanos aumentaran exponencialmente el promedio de consumo calórico. El dinamismo

económico permitía que un gran número de personas fueran saliendo de la pobreza y que como consecuencia demandaran un mayor volumen de alimentos.

Este dinamismo económico provocó grandes transformaciones sociales, como la migración masiva del campo a la ciudad, lo cual representó un cambio drástico en su estilo de vida, la gente comenzó a comer en lugares públicos y a llevar una vida sedentaria mucho más intensa. Estos incrementos en el consumo calórico han hecho que surja un nuevo patrón de padecimientos como lo es la diabetes. Algunas políticas públicas comenzaron a implementarse en algunos países, con el fin de atender este nuevo patrón de padecimientos, sobre todo, los países asiáticos han logrado estabilizar el consumo calórico de su población, pero por el contrario, países como Canadá, E.U. y Portugal lo siguen aumentando.

La mejora en el ingreso de la población permite a la población tener una mejor alimentación y también cambiar sus hábitos de alimentación, en el caso de México, sucede un fenómeno diferente, en los años de auge económico mucha población tuvo la oportunidad de aumentar su consumo en alimentos, sin embargo, este aumento se vio potencializado como consecuencia de la naturaleza de la dieta mexicana, altamente rica en grasas y carbohidratos. El crecimiento en el consumo calórico ha sido mucho más grande que el incremento en el ingreso per cápita de la población, y esto se explica por el tipo de dieta mexicana.

1.8.2. Los Objetivos del milenio

En septiembre del 2000, 183 países se reunieron en la Asamblea General de las Naciones Unidas donde firmaron la Declaración del Milenio, documento donde especificaban que, además de las responsabilidades que los mandatarios tienen con sus países, mencionaban: “nos incumbe la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial” (Declaración del Milenio, septiembre de 2000). Uno de los acuerdos de esta reunión fue establecer un plan de acción encaminado a buscar el

desarrollo equitativo de las naciones, tratando de lograr un mundo y una sociedad más justa.

En esta asamblea se establecieron ocho “Objetivos de Desarrollo del Milenio” (ODM), los cuales buscan erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la igualdad de género; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna; combatir enfermedades como el SIDA, la malaria, entre otras; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y; fomentar una alianza mundial para el desarrollo. Los parámetros para alcanzar estos objetivos están reflejados en las veintiuna metas y cincuenta y seis indicadores, los cuales permiten dar un seguimiento de manera cuantitativa al progreso de los objetivos, la fecha límite para alcanzarlas era en 2015.

Actualmente se han presentado cinco informes donde se muestra el grado de avance de las metas establecidas a nivel mundial, en el informe más reciente (2010) la Organización de las Naciones Unidas (ONU) menciona los avances que se han tenido en la materia, pero también menciona el riesgo que existe de no cumplir con las metas establecidas dado el gran rezago que existe en algunas regiones del mundo. De acuerdo al Secretario General de la Organización, el problema que peores consecuencias está generando es la crisis económica que se vive desde mediados de 2008, y que vino a profundizar las consecuencias negativas de la crisis alimentaria que se ha vivido durante los últimos dos años. Los peores impactos se verán reflejados en el número de pobres, pues se espera que como consecuencia de dicha crisis el número de personas que viven en condiciones de pobreza extrema aumente entre 55 y 90 millones, actualmente el número de personas en esta condición se estima en 1,400 millones, es una enorme cantidad de personas que subsisten en las peores condiciones. Hasta hace un año, se venía reduciendo el número de pobres, sin embargo, como consecuencia de la crisis esta tendencia se está revirtiendo; además, en el 2008 se invirtió la tendencia en la erradicación del hambre como consecuencia del aumento de los precios de los alimentos, estos dos factores, previa la ONU que puedan repercutir en el nivel de nutrición y la tasa de

mortalidad de los niños (Informe de los ODM 2010). Adicionalmente, la ONU también ha reconocido que algunos indicadores no han tenido el desempeño esperado, sobre todo en algunos países, donde las condiciones económicas y sociales han limitado el cumplimiento de las metas.

En este apartado se analizarán los avances que se han tenido en los objetivos que están directamente relacionados con la salud de la población; el motivo del por qué se analizarán estos objetivos es porque están directamente relacionados con la erradicación de enfermedades asociadas a la pobreza resulta fundamental para permitir el desarrollo de la población, mejorar su nivel de bienestar e incrementar el gozo de una vida larga y saludable; se analizarán desde dos enfoques: por nivel de ingreso y por región.

1.9. La salud en México: desigualdades sectoriales y estatales

El sistema de salud mexicano comenzó a gestarse en años posteriores a la Revolución Mexicana de 1910, gracias a que logró consolidarse un nuevo Estado Mexicano y a que se crearon una serie de garantías constitucionales. Las políticas de salud fueron gestionadas y financiadas desde entonces por el Estado; en 1917 se creó el Departamento de Salubridad Pública que acogía un conjunto de instituciones poco organizadas, en 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública, que en conjunto con el Departamento de Salubridad Pública se responsabilizaban de coordinar la política de salud entre distintos prestadores de servicios.

En 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como resultado de la fusión de las dos instituciones que ya existían, con el mandato de ampliar la cobertura a la población pobre y de establecer una política general de salud pública. También se crea el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS) con el objetivo de brindar seguridad social a los trabajadores empleados en el sector formal. Con estas dos instituciones se formaliza el sistema de salud actual, pero desde entonces con una clara segmentación en los grupos de población objetivo, por un lado, se

consideraba su situación laboral y por otra no. Estas diferencias se fueron acentuando cuando se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1960, y la creación de instituciones de seguridad social para grupos de trabajadores en específico: militares, sector petrolero y de servidores públicos estatales. “Este enfoque llevó a basar el acceso no en las necesidades, sino en la situación ocupacional y la capacidad de pago, lo que a su vez ocasionó una asignación de recursos y un acceso a los servicios de salud sustentado en la influencia política y económico de los distintos grupos socioeconómicos” (OCDE, 2010 p. 23). Desde entonces, la seguridad social se financia por un sistema tripartito entre trabajadores, patrones y el Estado, mientras que la Secretaría de Salud y Asistencia sólo era financiada por el Estado, pero con beneficios claramente diferentes.

Estos desequilibrios hicieron que en la década de los setenta se buscara ampliar la cobertura de servicios de salud y seguridad social a otros sectores de la población, así como incorporar programas de asistencia para aquellas personas que no tuvieran seguridad social y que estuvieran en condiciones de pobreza. De esta forma nació el programa IMSS – COPLAMAR, que después fue conocido como IMSS- Solidaridad y actualmente como IMSS oportunidades.

En la década de los noventa se incorporaron programas de lucha contra la pobreza, Solidaridad en la administración de 1988-1994; Progresá en la administración de 1994-2000 y Oportunidades, entre otros, todos ellos incluían un componente de salud con el fin de mitigar las restricciones de salud de la gente más marginada. En la administración 2000-2006 se hizo una propuesta interesante y se orientaron esfuerzos hacia la consolidación de un sistema nacional de protección social en salud, con el llamado programa del Seguro Popular de Salud (2001-2003 prueba piloto; en 2003 se decreta formalmente su institucionalización). Con esto se busca que toda la población tenga una cobertura universal de los servicios de salud, basado en un seguro médico y así evitar gastos catastróficos. Actualmente, se han hecho esfuerzos considerables por aumentar la cobertura de este sistema a la

población que no se encuentra inscrita en algún sistema de seguridad social y se ha planteado como objetivo alcanzar una cobertura en los 13.9 millones de familias que no cuentan con seguridad social para 2017.

1.9.1 La estructura del sistema de salud

En los antecedentes anteriormente examinados se describieron a grandes rasgos la evolución del sistema de salud, lo que da cabida a entender la estructura que se tiene actualmente. Por un lado, se encuentran los trabajadores que laboran formalmente y que cuenta con los beneficios de la seguridad social, este segmento de la población está afiliada a alguna de las siguientes instituciones: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los trabajadores de PEMEX, de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y los de la Secretaría de Marina (SEMAR). Por otro lado, se encuentra la población abierta que puede estar inscrita en el Seguro Popular de Salud (SPS), en IMSS-Oportunidades, en el Seguro de Salud para la Familia (afiliación voluntaria al IMSS) y el servicio de salud gratuidad o que se atienden en los establecimientos de la Secretaría de Salud o en los Servicios Estatales de Salud. Existe un segmento de la población que utiliza los seguros privados como mecanismo de protección en salud, se atienden en hospitales, sanatorios o clínicas privadas.

Es evidente que existe una variada oferta institucional dentro del sistema de nacional de salud, sin embargo, cada una de las instituciones ofrece cobertura a determinado segmento de la población, lo que generar una gran segmentación en el otorgamiento de servicios y en el tipo de cobertura que se ofrece. Las instituciones de que atienden a la población abierta están enfocadas únicamente a prestar servicios para la salud, mientras que las instituciones de seguridad social otorgan un seguro de salud y diferentes prestaciones: cesantía por vejez, invalidez o muerte; prestaciones por enfermedad y maternidad, accidentes de trabajo, pensiones, desempleo y asignaciones.

La población abierta que solo recibe servicios de salud en el mejor de los casos queda exento de pago; de igual forma la atención no es a todos los niveles, en algunos casos solo es atención primaria. El seguro popular aún no está consolidado y aún está en discusión el paquete de servicios y los niveles de atención. La población que es beneficiaria del Programa Oportunidades queda automáticamente inscrita en el seguro popular.

Los mecanismos que han implantado las diferentes administraciones públicas, han resultado en una gran heterogeneidad de programas e instituciones que brindan servicios de salud. Podemos clasificarlas en tres sectores: 1) población con seguridad social; 2) Población con seguro público voluntario; y 3) Población no asegurada con esquemas gubernamentales que garantizan el acceso a los servicios. Bajo este esquema, es evidente que existe una amplia segmentación de los servicios de salud, lo cual no sería parte de un fuerte debate si no existiera una diferenciación en el tipo de servicio, en la oportunidad y en el alcance de los mecanismos de protección con los cuales cuentan; esta situación genera una gran desigualdad en el acceso a los servicios de salud, lo cual resulta inadmisibles en una visión amplia de la universalización de los servicios de salud y en la aplicación estricta de la legislación mexicana.

Con datos de la Secretaría de Salud, en 2015 existían 69.3 millones de personas que contaba con algún seguro público (66.9% del total de la población), siendo el IMSS la principal institución aseguradora con el 64.9% del total de asegurados. Antes de que se instaurara el Seguro Popular (SP), el ISSSTE era la segunda institución con más afiliados a la seguridad social, sin embargo, es claro que a partir de las reformas a la Ley General de Salud se plantea que el SP sea la principal forma de brindar protección en salud a la población que no cuente con seguridad social. Es necesario resaltar esto, ya que si bien las políticas de salud están encaminadas a dar cobertura universal a la población, aún quedan pendientes otros temas en la agenda, como lo es la eficiencia y la calidad de los servicios.

De los 333 millones (aproximados) de personas que no contaban con seguridad social ni seguro popular en el 2015, se estimaban que el noventa por ciento tenía acceso a servicios públicos de salud a través de la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud o IMSS-oportunidades; sin embargo, es probable que alrededor del 10% restante no tuviera acceso a dichos servicios. Esto indica que alrededor del 3% de la población aún atiende sus problemas de salud mediante la medicina tradicional (OCDE, 2015).

Aun cuando se podría seguir argumentando en torno a la hipótesis de las desigualdades sectoriales en el sistema público de salud, los elementos descritos anteriormente ayudan a entender el origen del problema en la cobertura del sistema de salud, y marcan la pauta también para entender el problema de la desigualdad en el financiamiento y el gasto, tanto por el lado de las instituciones como por el lado de los niveles de gobierno.

En algunas entidades federativas se han creado institutos de seguridad social estatales, con el fin de ofrecer atención en salud y pensiones, principalmente, a los empleados del gobierno del estado. Estos Institutos ofrecen servicios de salud para la población derechohabiente, la cual complementa la oferta institucional del Sistema Nacional de Salud. Con base en el directorio de la Asociación Nacional de Instituciones Estatales de Seguridad Social, actualmente se encuentran constituidos legalmente quince institutos en el país, sin embargo, prácticamente en todas las entidades existe al menos una dirección encargada de administrar las pensiones de los trabajadores del gobierno estatal.

Dentro de estos institutos, los más consolidados son el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Nuevo León (ISSSTELEON). El ISSEMYM fue constituido como tal en 1969, sin embargo, sus antecedentes se remontan desde 1946, por su parte, el ISSSTELEON fue creado en 1983.

En síntesis, la estructura institucional de servicios de salud es muy amplia en México, lo que dificulta la unificación de servicios y la generación de estrategias coordinadas para el cuidado de salud de la población, este problema ha sido el resultado de una falta de visión de Estado a través de la historia reciente del país, que no ha sido capaz de consolidar un sistema nacional de salud integrado, no se diga un sistema universal en igualdad de condiciones para toda la población.

1.9.2. Sectorización del gasto y financiamiento de las instituciones de salud

La gran diversidad institucional en el sistema de salud mexicano es causa de las desigualdades en el financiamiento y gasto público en salud. Se ha mencionado que el gasto total en salud en México es fundamentalmente privado (alrededor del 52%), por lo que las personas cubren sus necesidades en sanidad a través de los desembolsos al momento de la contingencia. El gasto público representa el 48% restante del gasto en salud en México, sumergido en una gran diversidad de origen y destino de los flujos.

El origen de los recursos para financiar al sistema provienen de las aportaciones que realiza la sociedad a manera de impuestos, cuotas para el sistema de seguridad social o pago de primas (para el caso de los seguros privados); recursos que fluyen a los diferentes niveles de gobierno y que son canalizados para el financiamiento de las diferentes actividades que realiza el Estado (en el caso de los impuestos), o que son administrados por las diferentes instituciones de seguridad social. Para éste último caso, se han determinado diferentes cuotas en función de una programación previamente acordada entre los involucrados (trabajadores, patrones, y gobierno).

Los recursos son canalizados a la sociedad a través de las diferentes instituciones que conforman el sistema nacional de salud, ya sea que brinden servicios públicos a población asegurada o no asegurada. A estas instituciones se les asigna un presupuesto anual fundamentalmente mediante dos criterios: con en el objetivo para

la que fueron creadas y dependiendo del sector de la población que atienden. Describamos a continuación la forma en cómo se financia cada una de las instituciones.

Instituciones de Seguridad Social. Estas instituciones fueron creadas en sus inicios mediante el acuerdo del sector laboral formal, las empresas y el Estado, por lo que su financiamiento proviene de estos tres sectores en función de lo estipulado en la Ley del Seguro Social y la Ley del ISSSTE. La población objetivo son todas aquellas personas del sector privado y empleados de gobierno que tengan un contrato formal de trabajo, pueden gozar de los beneficios que otorga el sistema sin tener que hacer un copago, y con derecho a utilizar toda la infraestructura propia que tienen las instituciones.

Seguro de Salud para la Familia. Con la reforma al IMSS que entró en vigor en 1997, también se trató de ampliar la cobertura del sistema de seguridad a aquellas personas que por su situación laboral no gozaran de este derecho. De esta forma se instauró el Seguro de Salud para la Familia destinado a todos aquellos trabajadores que estuvieran fuera del sector formal, que fueron auto empleados, trabajadores por honorarios, etc., con un sistema de financiamiento bipartito (gobierno federal y miembros de la familia).

Seguro Popular de Salud (SPS). Fue creado en 2001 buscando alcanzar tres objetivos fundamentales (Seguro Popular de Salud, en www.salud.gob.mx):

4. Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.
5. Crear una cultura de prepago en los beneficiarios del SPS.
6. Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud.

El SPS opera como un seguro público y voluntario, dirigido a familias sin seguridad social en materia de salud. La finalidad de este programa es evitar el empobrecimiento de la gente con menos recursos por causa de gastos catastróficos en salud. La población objetivo son las familias de bajos ingresos ubicadas en los primeros seis deciles de la distribución del ingreso.

Estos niveles de contribución fueron establecidos en la reforma de la Ley del Seguro Social de 1995. Las tasas de aportación al IMSS varían de la siguiente manera: Si el salario base de aportaciones es 3 salarios mínimos: Trabajadores: cero; si el salario base de aportación es 3 salarios mínimos: Trabajadores: 2% x (salario base de aportación - 3 salarios mínimos); Patronos: 6% x (salario base de aportación - 3 salarios mínimos). Fuente: adaptado de OCDE (2015 pp. 40-42).

El SPS está sustentado jurídicamente por las reformas hechas a la Ley General de Salud y su Reglamento, que se publicaron en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004, respectivamente.

Para la operación e implementación del sistema, están consideradas tres fuentes de aportación diferentes:

4. Federación, Secretaría de Salud. Cubre anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del sistema equivalente al quince por ciento de un salario mínimo general vigente en la ciudad de México.
5. Gobierno de los Estados y el centro del país. Aportan una cuota equivalente a la mitad de la cuota social que destine la Federación.
6. Familias Afiliadas. Participan con una cuota familiar que será anticipada, anual y progresiva, la cual se determina por su condición socio económica, y puede liquidarse de forma trimestral. La base para definir la cuota familiar es el nivel de ingreso o la carencia de éste, de acuerdo a su evaluación, existen familias exentas de la aportación, las familias de deciles I y II de la distribución del ingreso, pertenecen al régimen no contributivo.

Adicionalmente, se podrán considerar sujetos de incorporación al régimen no contributivo a aquellas familias que:

- Sean beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal, residentes en localidades rurales.
- Ser residentes de localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes.
- Las que determine la Comisión Nacional de Protección Social en salud.

Bajo esta dinámica, el gobierno federal ha planteado la posibilidad de que el Seguro Popular logre cubrir a toda aquella población que hoy no está afiliada a alguna de las instituciones de seguridad social en un periodo de transición que terminará en 2020, cuando el Sistema de Protección Social en Salud logre una cobertura universal.

Servicios Estatales de salud (SESA) y establecimientos de la Secretaría de Salud. Creados para garantizar el acceso de los servicios de salud a toda la población a cambio del pago de una cuota de recuperación, fueron creados a la par del IMSS. Los fondos para su operación provienen básicamente del presupuesto federal de los Ramos 12 y 33, asignados mediante un presupuesto global anual.

IMSS – Oportunidades. Tiene sus antecedentes con el programa IMSS Coplamar (1979) e IMSS-Solidaridad, es parte de las acciones que realiza el gobierno federal para combatir a la pobreza. La población objetivo es aquella que se reside en zonas rurales sin acceso a servicios básicos de salud. Su financiamiento se hace mediante asignaciones presupuestarias del gobierno federal y no se realiza copago alguno.

Oportunidades (antes progresa). Programa de desarrollo humano para la superación de la pobreza, que provee de apoyos al ingreso de la población marginada del país, enfocados a la educación, alimentación y salud. Es financiado

por el gobierno federal y los recursos se canalizan por medio del Ramo 12 (parra el componente de salud), a través de un presupuesto general anual.

La distribución del gasto ha variado en función de las modificaciones y reformas que se han realizado al sistema de salud; pero lo que se debe de destacar es que el grueso el gasto público se ha incrementado como proporción del producto interno bruto. En 1993 representaba 2.5% del PIB y para 2015 se había incrementado en punto cinco puntos porcentuales; si bien es cierto que la tendencia del gasto total en salud indica un crecimiento en términos relativos, aún no se llega a los niveles de gasto de otros países con niveles de desarrollo similares como Costa Rica o Argentina.

En 1993 el 80.7% del gasto público en salud se hacía a través de las instituciones de seguridad social, en los doce años subsecuentes es clara la tendencia a reducir su importancia relativa, en 2005 representaba el 62.1% lo que implica una reducción de casi veinte puntos porcentuales. Esto se explica por dos fenómenos, el primero de ellos es que el gasto en seguridad social no ha crecido sustancialmente por el fenómeno de la proliferación de trabajos informales y del empleo precario (considérese subempleo, empleo temporal, empleo por honorarios, que no cuenta con las garantías de la seguridad social); y el segundo fenómeno se ha dado por las diferentes reformas que se han realizado al sistema de salud, la ampliación de los beneficios que otorgan los programas de desarrollo humano, la mayor participación estatal (derivado de una incipiente descentralización y coparticipación de los gobiernos locales), así como de la inclusión del ramo 33 para el Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud; y la reforma a la Ley General de Salud que marca el nacimiento del Seguro Popular de Salud (En diciembre de 2006, en su discurso de inicio de gobierno, anunció el otorgamiento de un seguro de salud para todos los niños que nacieran en el periodo de la administración federal que preside) y que es uno de los proyectos más ambiciosos de política de salud desde hace más de medio siglo.

Esto nos permite a medias obtener un diagnóstico con diferentes perspectivas, por un lado, existe una mayor participación de los gobiernos estatales y una mayor diversificación del gasto en salud, con saldos positivos para la población no asegurada. Y por otro lado, una mayor diversificación del gasto implica una mayor segmentación de los servicios de salud, es decir, se han estado creando diferentes mecanismos que compensen la desigualdad y la inequidad en la prestación de servicios públicos de salud, que han sido gestionados en diferentes administraciones públicas federales, pero que aún no han sido enfocados a alcanzar un sistema público de salud que sea eficiente y equitativo. Además de que los beneficios de la seguridad social se han visto estancados, debido al lento crecimiento en el número de afiliados.

1.9.3. Análisis regional del gasto

Hasta donde hemos visto las desigualdades sectoriales que se encontraron en el apartado anterior, se ven potencializadas por las desigualdades regionales que se dan en materia de gasto y financiamiento. Por ejemplo, el promedio del gasto público como porcentaje del PIB se ha incrementado entre 2000 y 2015 (de 2.91 a 3.68 por ciento), pero el promedio de las desviaciones (desviación estándar) entre las treinta y dos entidades federativas se ha incrementado, es decir, hay una mayor desigualdad en los esfuerzos públicos de gasto en salud.

Los esfuerzos por realizar un mayor gasto público en salud se han hecho en estados considerados como pobres (Oaxaca, Chiapas, y Guerrero), con el claro objetivo de atenuar las desigualdades, así, entre 2000 y 2015 estos tres estados pasaron de tener un gasto público por debajo de la media, a un por arriba, lo que significan aumentos sustantivos gracias a programas como el Seguro Popular, Oportunidades e IMSS-Oportunidades. Esto indica claramente las políticas de focalización que han adoptado las últimas administraciones.

No obstante, el hecho de que los estados más pobres hayan tenido un aumento significativo en el gasto público en salud no significa que se hayan reducido las desigualdades considerando el factor población. La desviación estándar es de 170.83 pesos para 2000 y de 194.51 para 2015, esto indica que el promedio de las desviaciones aumentó, con lo cual concluimos que existe una mayor desigualdad en la distribución del gasto en salud entre los estados.

Las políticas públicas agresivas de aumento de gasto en salud para Oaxaca y Chiapas entre 2000 y 2015 permitieron que estos dos estados ya no fueran los más rezagados en gasto per cápita y que avanzaran en un rango en la distribución por cuartil.

El aumento de gasto público en salud permitió que entre 2000 y 2015 el gasto per cápita aumentara en todos los estados, pero en unos más rápido que en otros. Destacan Tabasco, Oaxaca, Chiapas y Campeche por su gran tasa de crecimiento (10.9%, 9.6%, 8.2% y 7.0%). Sin embargo, siguen siendo el centro del país y Baja California los estados que mayor gastan en salud por habitante.

Esto se confirma con la desviación estándar, el promedio de las desviaciones ha aumentado en todos los indicadores, excepto en los dos mencionados anteriormente. De igual forma, se confirma que la política de salud más agresiva que se impulsó en el último sexenio ha hecho que se mejoren los indicadores de gasto público en salud

1.10. El estado actual de la salud en México: mortalidad y morbilidad

Las desigualdades sectoriales y regionales del Sistema Nacional de Salud, así como el desempeño de México a nivel mundial, han marcado el rumbo de la salud de los mexicanos a principios del siglo XXI. Como previamente se analizó, la esperanza de vida en México se ha incrementado significativamente desde hace cinco décadas gracias a las políticas de salud que se han implementado, sin embargo, pese a los

buenos resultados de nuestro país en el comparativo internacional, aún queda pendiente atender a algunos sectores de la población (mujeres) y sobre todo, algunas regiones donde el acceso a los servicios es limitado y que por ende han repercutido en la salud de la población. Se han identificado las transformaciones que se han generado en el estado de salud de la población, el cambio epidemiológico y sus repercusiones en la mortalidad y la morbilidad de la población, así como un análisis de los indicadores que permiten pedir el cumplimiento en los Objetivos de Desarrollo del Milenio a nivel estatal, una vez que ya han sido contextualizados en el entorno mundial.

1.11. Los objetivos de desarrollo del milenio en salud, desigualdades estatales

Hemos evaluado el avance de nuestro país en el marco de los servicios de salud en un ámbito internacional (milenio). Pero tal y como se determinó que existen diferencias entre países, es de esperarse que en un país con altos grados de desigualdad las diferencias persistan a nivel estatal, municipal e incluso por localidad. Las desigualdades se presentan en diferentes ámbitos regionales y eso hace que deban identificarse esas diferencias para orientar los esfuerzos públicos y no gubernamentales en la búsqueda de una sociedad más justa.

En el informe de avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México de 2015, el Gobierno Federal reconoce que las metas para alcanzar los Objetivos correspondientes a salud aún se encuentran lejos, México se ha visto rezagado sobre todo en reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna que aún persisten en el país en este contexto es que se analizan a continuación tres objetivos.

Objetivo 1. Reducir la mortalidad infantil.

La tasa de mortalidad infantil en niños menores de cinco años constituye la meta principal en este objetivo, la meta es llegar a una tasa de 14.7 muertes de niños menores de cinco años por cada 1000 menores que se encuentren en este rango

de edad; en 2006 a nivel nacional la tasa era de 22.1, por lo que aún queda pendiente un esfuerzo importante para alcanzar la meta, sin embargo, si analizamos los estados con base a su nivel de marginación, podemos encontrar que las entidades con mayor rezago tienen una tasa de mortalidad de 30.8, frente al 16.8 en las entidades con menor rezago. Existe una relación directa entre el nivel de rezago y los principales indicadores de mortalidad infantil, este patrón se repite en las muertes por enfermedades diarreicas, por infecciones respiratorias, así como en la mortalidad en recién nacidos.

Con base en los últimos datos disponibles (2010), la tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años era de 31.6 en Chiapas y de 16.1 en el Distrito Federal, esto quiere decir que entre el estado con mayores avances y el rezagado, la tasa de mortalidad se duplica, en el año 2010, el diferencial era muy similar, por lo que no se ha cerrado la brecha a nivel estatal en lo que se refiere a este indicador.

En los otros indicadores también ha existido una mejora a nivel nacional y estatal, los valores máximos y mínimos nos indican los extremos para cada indicador, en todos ellos ha existido una reducción, excepto en el esquema completo de vacunación en niños menores a un año, donde lo deseable es que cada vez mayor proporción de los niños de este rango de edad puedan ser inmunizados a través del esquema básico de vacunación.

La desviación estándar nos muestra una aproximación del grado de dispersión que existe al interior del país, en todos los indicadores, salvo en el esquema de vacunación, se ha reducido la brecha promedio entre las entidades federativas, sin embargo, las diferencias aún siguen siendo sustantivas. El coeficiente de variación nos muestra otra aproximación del grado para conocer el grado de desigualdad entre entidades, en todos los indicadores la desviación estándar representa una mayor proporción del promedio nacional, por lo que no los esfuerzos realizados en materia de salud no han repercutido en reducir la brecha entre entidades federativas.

Objetivo 2. Mejorar la Salud Materna

La meta que se ha establecido para 2015 en lo que respecta a la mortalidad materna es de 22.2 muertes de madres que dan a luz por cada 100 mil niños nacidos vivos, actualmente este indicador es de sesenta a nivel nacional, por lo que sin lugar a dudas es el indicador con mayor rezago en nuestro país. Al igual que en la mortalidad infantil, el mayor número de mujeres que dan a luz se da en aquellas entidades con mayor marginación, en las entidades con mayor rezago social la razón de mortalidad materna pasó de 90.9 a 97.4, por lo que el reto para llegar a la meta en este grupo de estados es mucho mayor que el promedio nacional.

La principal causa de defunción materna ha sido los trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio; la segunda causa son las hemorragias obstétricas y la tercer las complicaciones en los partos, estas tres causas en conjunto presentan cerca de las dos terceras partes del total de las defunciones (informe de avance ODM, 2015).

En lo que respecta al número de consultas prenatales por embarazada atendida, hubo un ligero incremento entre 2000 y 2015, la consulta por parte de médicos, así como los partos atendidos por personal especializado resultan fundamentales para reducir la tasa de mortalidad materna, ya que ayudan a prevenir padecimientos y tienen la preparación necesaria para cuidar de la salud de la madre y del recién nacido.

La tasa de mortalidad prevalece en los estados con mayor grado de marginación. En el comportamiento a nivel estatal entre 2000 y 2015 se puede observar un incremento de la razón de mortalidad en las siguientes entidades: Guerrero, Chiapas, Michoacán, Campeche, Chihuahua, Jalisco, Sonora y Baja California Sur, por lo que es indispensable incrementar las medidas necesarias para revertir los retrocesos que se tuvieron en el seguimiento. Las mujeres que viven en condiciones

de pobreza y que habitan en las zonas con mayor grado de marginación son las más vulnerables, debido a su condición social y económica, así como a la escasa infraestructura sanitaria para atenderse adecuadamente, de acuerdo al reporte de 2015 sobre el avance de los ODM en México, durante el periodo 1997-2009 las mujeres sin escolaridad presentaron un riesgo de defunción materna casi tres veces más alto que aquellas que contaban con el nivel educativo de secundaria; mientras que el riesgo durante el embarazo, parto y puerperio (periodo posterior al parto, cuarentena) para las mujeres de área rural fue 41 por ciento más alto que para las del área urbana, lo que muestra que la dispersión geográfica y el nivel educativo son fundamentales para reducir el número de muertes maternas.

El estado de Guerrero tuvo el desempeño más bajo en cuanto al indicador de mortalidad materna, tanto en 2000 como en 2015, a diferencia de lo que sucede con la entidad con mejor desempeño, que en 2000 correspondió a Baja California Sur y en 2015 fue superado por Coahuila, sin embargo, lo que debe destacarse es que en Guerrero la razón de mortalidad aumentó en doce muertes por cada cien mil nacidos vivos, y la tasa de mortalidad mínima también aumentó, la relación entre el máximo y el mínimo se redujo, pero con un ajuste en los extremos hacia la alza. A pesar de este mal desempeño, el promedio nacional se redujo, la explicación de esta reducción es que el resto de los estados tuvo un buen desempeño y la tendencia de la razón de mortalidad materna fue descendente además de existir cierto grado de convergencia entre las entidades, esto se puede verificar con la reducción de la desviación estándar.

Las consultas prenatales por embarazada y la proporción de partos atendidos por personal especializados tuvieron un comportamiento favorable, aumentaron el valor mínimo. En el caso de la relación entre el máximo y el mínimo, en el primer indicador aumentó, lo que implica una mejora superior en unos estados más que en otros, en el caso del segundo indicador, se redujo la brecha entre entidades, en gran parte explicado porque cada vez en más entidades existe una atención especializada de

los embarazos, aunque aún es necesario mejorar la infraestructura para llegar al 100% de atención médica especializada.

Objetivo 3. Combatir el VIH, malaria y otras enfermedades

En lo que respecta al objetivo tres, la meta es que en el año 2015 se haya detenido y se haya comenzado a reducir la incidencia del VIH/SIDA, paludismo y tuberculosis. En lo que respecta al paludismo, se han tenido avances significativos, ya que en muchos estados no se han presentado casos o han sido erradicados, en 2006 solo en once estados fueron atendidas personas con esta enfermedad, encabezadas por el estado de Chiapas, con 86 casos por cada 100 mil habitantes.

La tuberculosis también ha sido controlada, los casos atendidos por cada cien mil habitantes para los estados de ingreso muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto se han reducido, al igual que su letalidad.

En lo que respecta al SIDA, aún continúa creciendo el número de personas que han contraído el virus, en el año 2004 existían 7,387 casos en el país, en el 2007 la cifra se elevó a 8,425. El patrón del padecimiento de esta enfermedad por parte de la población es diferente al resto de las enfermedades que están enfocadas a alcanzar los ODM, ya que la tasa de mortalidad para esta enfermedad es muy similar en estados con ingreso que en entidades con ingreso muy bajo. La letalidad de este padecimiento sobre la población va en aumento, el promedio de muertes a nivel nacional en el año 2000 era de 4.2 personas fallecidas por cada 100 mil habitantes, en el año 2015 esta tasa aumentó a 4.6.

La incidencia de esta enfermedad tiene dos características, de acuerdo al informe de los ODM de 2005, la epidemia se concentra fundamentalmente en zonas urbanas y densamente pobladas, y en los hombres que han tenido sexo con otros hombres. Con base en los datos de 2006 de la Secretaría de Salud, la mayor incidencia ocurría en los estados de Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, Baja California y Baja

California Sur. En números absolutos, el mayor número de muertes en 2006 se concentraban en Veracruz (548 casos) y en el centro del país. 451 casos.

En síntesis, la tuberculosis y el paludismo se han logrado controlar, sin embargo, aunque los niveles de prevalencia del VIH en México se encuentren muy por debajo de los niveles que existen en África Subsahariana, deben de reforzarse las medias de control y prevención de la enfermedad, atendiendo a las personas más vulnerables (hombres que tienen sexo con hombres, sexoservidoras (es) amas de casa y gente que consume drogas, entre otros.

CAPITULO II. Las políticas del Estado: la Administración, la Política Social y el marco jurídico para el cuidado y resguardo en materia de salud en México.

2.1. El Estado

Hemos hecho una retrospectiva en el anterior capítulo sobre el sistema de salud en México, Ahora veamos las políticas del estado en materia de salud. El comportamiento humano en sociedad es un tema complejo de estudiar por las incontables circunstancias que pueden llevar a ésta al caos, o simplemente por el disenso permanente entre las perspectivas de las personas sobre situaciones en común. La figura del Estado como organización es creada ante la amenaza del aumento en los desequilibrios y el descontrol de los individuos y grupos en la búsqueda de un bienestar propio.

Desde la percepción contractualista, el Estado es creado por el hombre para su protección y estabilidad como ser social; para ello se establece un pacto donde cada una de las personas ceden el derecho de gobernarse a sí mismas y otorgan autoridad a representantes o gobernantes cuya función es establecer la paz y orden común.

Es difícil precisar una fecha del surgimiento del Estado, sin embargo, algunos estudiosos de la teoría política lo han conceptualizado. Max Weber concibe al Estado como “una asociación de dominación con carácter institucional” (Weber, M. 2008, p. 10), una comunidad humana dentro de los límites establecidos de un territorio.

Norberto Bobbio, desde la perspectiva jurista, se refiere al Estado como “un ordenamiento jurídico para los fines generales que ejerce el poder soberano en un territorio determinado, al que están subordinados necesariamente los sujetos que pertenecen a él” (Bobbio, 2014, p. 128).

Para Nicolás Maquiavelo, la figura del Estado se conceptualiza a partir de las características del gobernante, basadas en su tratado de teoría política con mayor renombre escrito en el siglo XVI, *El príncipe*, donde señala que los gobernantes deben ejercer y conservar el poder en sus Estados, y establecer estrategias políticas para mantener el control y mando sobre el territorio (Maquiavelo, N. 2004, p. 14).

Otro pensador político importante en el estudio del Estado y las formas de gobierno, con un especial énfasis en la separación de poderes, fue Montesquieu. En lo que respecta al gobierno, señala que éste podía ser monárquico, donde el honor prevalece como valor; o una república, distinguida por la virtud de los gobernantes y, por último, un gobierno despótico donde no se requiere demasiada probidad para mantener el poder (Montesquieu, 2002, p 107).

Sin profundizar más en los teóricos y su concepción del Estado, es preciso hacer énfasis sobre algunas transformaciones de carácter político y económico que trajeron consigo una reorientación del papel del Estado.

De acuerdo con García Cotarelo, retomado por Néstor de Buen en su estudio sobre la crisis del Estado de Bienestar; con la conclusión de la Revolución Industrial y sus efectos en la sociedad, países europeos dieron pie al surgimiento del Estado de bienestar a finales del siglo XIX; dicho autor lo expresa como “la necesidad de una defensa colectiva frente a una nueva explotación” (De Buen, N., 1993, p. 196).

Paralelo a lo que acontecía en los países del continente europeo, como el Tratado de Versalles de 1919, la Constitución de Weimar en el mismo año, o la Revolución Rusa de 1917, es necesario resaltar que México, con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, antecedió a los países europeos en la legitimación de las exigencias sociales y el respeto a los derechos de los trabajadores al elevarlos a rango constitucional.

En la segunda mitad del siglo XX continuaron las demandas sociales en Europa, relacionadas con diferentes necesidades de la sociedad como la educación, los servicios sociales y, como tema de la presente investigación, la salud tanto para hombres como para mujeres. “El Estado de bienestar surge no solo para exigir libertad sino también mayor igualdad” (Farge C., 2007, p. 47), mediante una serie de disposiciones legales que otorgan derecho a los ciudadanos, lo que promovió la idea de universalismo desde aquellos tiempos.

La figura del Estado benefactor intervino para garantizar la seguridad y los derechos de propiedad de los individuos, así como la vigilancia de las fuerzas laborales entre las personas reconocidas como libres e iguales. Este Estado se caracterizó por organizar y regular aspectos fundamentales del ser humano para el bienestar universal, de manera más específica los servicios sociales universales (Abellán, A., 1997, p. 98).

En el estudio de Abellán, sobre la problemática del Estado de Bienestar; respecto a la lógica keynesiana y su connotación con el tema de la universalización de los servicios de salud, hace mención que el Estado de Bienestar no sólo humaniza a la sociedad, sino parte de la idea de que los servicios públicos y el acceso a éstos deberían ser libres y universales para toda la población. Su fin era proveer un nivel mínimo de calidad de vida mediante un aparato centralizado y una mayor racionalidad administrativa (Ibídem, p. 49).

A partir de las tres ideas básicas de John Maynard Keynes: eficiencia, equidad y legitimidad hacia un desarrollo económico, los países europeos lograron un desarrollo económico y social.

El Estado se ha transformado junto con la evolución económica, social y cultural, adoptando cada vez más funciones complejas, hasta llegar a intervenir directa o indirectamente en casi todos los ámbitos de la vida diaria.

Para efectos de una mayor comprensión sobre las transformaciones del Estado, a continuación, se puede observar la siguiente periodización:

	Periodo	Características
Periodización del Estado	De principio de los años 80 del siglo XIX a inicios de la Primera Guerra Mundial (1914)	Estado social meramente asistencial, no concibe a los derechos económicos, sociales y culturales, como derechos humanos.
	Periodo entre guerras y hasta el final de la Segunda Guerra Mundial	Se constitucionalizan los derechos sociales y se establecen las bases de la teoría económica para construir el Estado de Bienestar.
	De 1945 al final de la década de 1970	En los países industrializados del mundo se materializa y consolida el Estado de Bienestar.

Cuadro de acuerdo a la periodización de Ignacio Sotelo en el libro *El Estado social, Antecedentes, origen, desarrollo y declive*.

Es necesario hacer puntual énfasis en el desarrollo de la figura del Estado en los países europeos y en México.

En el caso mexicano se le denominó Estado interventor ya que estaba inmerso en aspectos de carácter público y en la promoción de reformas sociales en la gestión de servicios como educación, vivienda y salud pública (Huerta M., 2005). Además, apoyó a la industria nacional y fomentó la provisión de servicios de carácter público como insumos, bienes y servicios, al igual que en el otro lado del mundo, donde el

desarrollo del país se centró en la idea de que la educación y la salud de las personas contribuían a mejorar la productividad del trabajo, la calidad de vida y el aumento en la producción.

A partir del término de la Segunda Guerra Mundial, al materializarse el Estado de Bienestar y, el Estado tenía el compromiso de intervenir para proveer a la sociedad de los siguientes aspectos:

- a) Mantener el pleno empleo, o al menos, garantizar un alto nivel de ocupación;
- b) Una provisión pública de una serie de servicios universales que tienen como objeto la provisión de seguridad social en su sentido más amplio:
- c) Una responsabilidad para mantener mínimos de calidad de vida, entendidos como un derecho social (Valverde, K. 1998, p. 138).

De los años de 1940 a 1970, el pilar del desarrollo económico en México fue la intervención del Estado de forma directa hacia la industrialización, las políticas que caracterizaron el periodo fueron las siguientes:

1. Asignación de recursos a través de la política crediticia.
2. La exención de impuestos a la renta y a la importación, entre otras políticas impositivas.
3. La política comercial que modificó aranceles, precios, permisos o licencias para favorecer la sustitución de importaciones (Ibídem, p. 134).

Asimismo, en esta etapa hubo algunos elementos que impidieron el desarrollo económico del país, como son:

1. La concentración del ingreso.
2. El desequilibrio del sector externo.
3. El déficit fiscal (Ídem.).

Como se puede observar, durante estos 30 años, se profundizó el apoyo a la industrialización, el abastecimiento de servicios y tiempos de estabilidad económica; pero a principios de la década de los setenta, se comenzaron a observar signos de agotamiento.

Se observó una disminución en el crecimiento de la economía, gran parte ocasionado por las políticas asociadas hacia un desarrollo interno dejando a un lado el mercado externo; tal es el caso del deterioro de los precios del petróleo que afectó al país. Por lo anterior, el Estado mexicano optó por un aumento en el gasto público y comenzó a intervenir más en la economía. La idea de apropiarse de sectores estratégicos de la economía, como son, la energía, las comunicaciones, la banca, etc., sería importante para promover un país más próspero y equitativo (Gollás, M., 2003, p. 22).

Como efecto de las medidas antes señaladas, se dio un incremento en el déficit fiscal, es decir, una diferencia entre los ingresos y egresos del gobierno, así como un aumento en la deuda pública.

A principios de los ochenta, la insatisfacción respecto a las acciones del gobierno ante las demandas sociales y de gestión sobre los servicios públicos, y la inestabilidad de las finanzas públicas del Estado, abrió paso a algunas posiciones políticas y económicas de derecha. Esta crisis del Estado benefactor, en el caso mexicano Estado interventor, plantearía la opción hacia una restauración en lo social y en lo económico; en lo social supuso el compromiso del Estado ahora con el individuo, ya no con la colectividad, lo cual se puede resumir, de acuerdo a Huerta, como una crisis de universalización de los derechos sociales (Huerta, M., op. cit., p. 129); en lo económico requirió programas de ajustes a partir de la disciplina del mercado donde el papel del Estado era como un agente económico más; esta corriente económica es conocida como neoliberalismo.

Desde la perspectiva de Fernando Escalante, el neoliberalismo tiene tres ideas básicas:

“La primera lo distingue del liberalismo clásico y se refiere al papel del Estado. Para el neoliberalismo, el Estado no debe reducirse a su mínima expresión, como querían los liberales clásicos, sino reconfigurarse para servir al mercado, para defenderlo: incluso para crearlo ahí donde antes no existía, ahí donde las relaciones sociales y económicas parecieran reacias a la mercantilización. Segundo dogma del neoliberal: el mercado es el mecanismo más eficiente para gestionar la vida económica y todo aquello de lo que ella está hecha información, ordenación de preferencias, etc., y además, ya en términos morales, es el método más apropiado para promover la libertad individual. El mercado es la libertad. Esta identidad entre libertad económica y libertad política (o acaso la prevalencia de la primera sobre la segunda) es otro rasgo que separa al liberal de antaño del liberal de hogaño. Y tercero: las instituciones y prácticas privadas son siempre mejores que las públicas. Más vale una solución privada que un desarreglo público.” (Espíndola, J. 2015, p. 320).

Partiendo de las ideas antes planteadas sobre la corriente neoliberal, si bien la política económica de un país establece las reglas en términos de productividad y competitividad de los Estados, no se puede dejar a un lado algunos valores como la justicia, igualdad y soberanía que, en el caso de México, están plasmados en la Constitución de 1917 y el Estado es garante.

Por el peso de organismos internacionales y la emergencia por salvar las finanzas públicas, el Estado mexicano pasaría de un Estado interventor a un Estado subsidiario, con una nueva relación entre el sector público y privado; con este cambio se promovió la especialización estatal en las funciones y tareas para una intervención pública: “aquellas destinadas a imponer y vigilar el cumplimiento de las reglas de convivencia social que mejoraran el funcionamiento del mercado y

salvaguardaran los derechos de propiedad a fin de alentar la inserción del capital privado en las diferentes actividades económicas.” (Huerta, M., op. cit., p. 146).

Este nuevo papel regulador y de control del Estado, bajo una supuesta racionalidad económica, condujo las acciones del gobierno hacia una perspectiva diferente, es decir, una reestructuración de la política social dirigida a programas focalizados.

Una vez comprendidas las transformaciones del Estado mexicano, en el próximo apartado se abordará, desde una aproximación teórica y conceptual, el papel de la Administración Pública que, junto con el Estado, a pesar de las diferentes corrientes políticas y económicas que han prevalecido en nuestro país, tienen la responsabilidad constitucional de garantizar el derecho a la atención en salud y el acceso efectivo a los servicios médicos para la población en especial hacia las mujeres.

2.2. Administración Pública

El Estado, como una estructura inmersa en el ámbito de la legalidad, desde una perspectiva general y lógica, necesita de una herramienta para el cumplimiento de sus objetivos y atribuciones en lo que respecta a los derechos fundamentales (salud) dicha herramienta se conoce como Administración Pública.

Algunos autores simplifican la definición de la Administración Pública como “la actividad del Estado, ya sea como la actividad organizadora de éste o simplemente la actividad” (Guerrero Orozco, O., 2017).

Jean Charles Bonnin, pensador político conocido como el padre de la ciencia de la Administración Pública, retomado por el Dr. Omar Guerrero en la exposición sobre los Principios de la Administración Pública, menciona que “la administración nace de la comunidad o asociación de individuos, que la conservación de esta unidad de personas es el principio de la administración” (Ídem.), y señala la importancia de la

comunidad que, por medio de la administración, ejerce el gobierno y ésta misma ejecuta las leyes de interés general.

Bonnin conceptualiza a la Administración Pública desde un punto de vista sociológico para tratar de entenderla dentro de lo público, hacia “un interés común inmerso en las relaciones sociales que procura su permanencia” (Ídem.).

A partir de las concepciones señaladas, se define a la Administración Pública como la capacidad del Estado para crear las condiciones que propicien que la sociedad perdure.

Uvalle Berrones define a la Administración Pública desde una perspectiva alejada de los paradigmas convencionales, el autor se muestra a favor del dinamismo de nuevas realidades y plantea como meta final la conjugación eficaz de la calidad de vida y las relaciones de equidad. La Administración Pública promueve el mejor aprovechamiento de los recursos tanto públicos como privados, tomando en cuenta las exigencias de la sociedad contemporánea.

Si la Administración Pública se visualiza objetivamente en la búsqueda del cumplimiento de las demandas de la sociedad, en el caso de la universalización de los servicios de salud, durante este trabajo se podrá observar cómo se ha transformado el aparato institucional en el sector salud y aspectos relevantes como el financiamiento y el manejo de los recursos en la prestación de servicios orientados hacia las mujeres.

De acuerdo con Uvalle, “la importancia de la Administración Pública radica en las responsabilidades y capacidades para dar cuerpo a las políticas públicas” (Uvalle R., 2003, p. 253). Un ejemplo claro de estas políticas es la operación de programa conocido como Seguro Popular, dirigido a la Protección Social en Salud.

Para el análisis del quehacer de la Administración Pública, el comportamiento institucional y su vinculación con el desarrollo de la sociedad, es necesario tomar en cuenta algunos factores relacionados de manera directa con la operación como son: “los planes, políticas, proyectos y resultados” (Ibídem, p. 254).

Desde la óptica operacional y organizacional de la Administración Pública, Manuel Cruzado, citado por Omar Guerrero, señala que: “a esa reunión de servicios públicos y al conjunto de reglas que dirigen la relación de servicios públicos y la relación entre la autoridad administrativa y los particulares, se ha dado el nombre de administración” (Guerrero Orozco, O., 1985, p. 262).

Por su parte, Andrés Serra Rojas, en su libro Derecho Administrativo, menciona algunos medios para que la Administración Pública realice sus operaciones:

- Planificación: comprende la previsión para realizar sus actos.
- Capacidad: medios económicos disponibles o previsibles.
- Organización: cómo se va a realizar.
- Dirección: ordenar que se haga, bajo principios económicos, jurídicos y técnicos.
- Ejecución: la realización de los fines señalados en la ley.
- Control: acciones para corregir deficiencias y demandar responsabilidad a los infractores (Serra Rojas, A., 2017).

Una vez expuestas algunas aproximaciones teóricas sobre la Administración Pública y aspectos importantes para su desempeño, es necesario analizar el enfoque orgánico y reglamentario con el que debe ser examinada la administración respecto a los servicios públicos.

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicada en 1976, es el instrumento legal que:

“(…) establece las bases de organización de la Administración Pública Federal, centralizada y paraestatal.

La Oficina de Presidencia de la República, las Secretarías de Estado y la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal, integran la Administración Pública Centralizada.

Los organismos descentralizados, las empresas de participación estatal, las instituciones nacionales de crédito, las organizaciones auxiliares nacionales de crédito, las instituciones nacionales de seguros y de fianzas y los fideicomisos, componen la administración pública paraestatal” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2016).

La Administración Pública Centralizada, a través de las diferentes secretarías de Estado, interviene de forma integral en necesidades de carácter fundamental para proveer de certidumbre y propiciar condiciones necesarias para el desarrollo de la población mexicana. Como ejemplo de sus funciones está: suministro de energía, telecomunicaciones, educación, vialidad, recursos naturales y derecho fundamental de la protección en salud con las mujeres, a cargo de la Secretaría de Salud.

De acuerdo a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Secretaría de Salud como entidad coordinadora tiene entre sus competencias:

I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general...,

II. Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social...,

VI. 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. Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes;

VII. Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud (Ídem.).

Una vez revisada la organización de la Administración Pública, y expuestas las atribuciones de la Secretaría de Salud como órgano rector del Sector, a continuación, se abordará el marco legal de la Administración Pública en torno a la prestación de los servicios de salud las hacia las mujeres en el país, así como las atribuciones del Poder Ejecutivo en la protección social en salud.

2.3. Marco legal de la protección de la salud en México

Desde un enfoque global, el Derecho a la Protección de la Salud se encuentra citado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que, en su artículo 25, plasma lo siguiente:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (Organización de las Naciones Unidas (2017). Declaración Universal de los Derechos Humanos).

En 1946, este derecho es reconocido en el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en la Convención Americana de Derechos

Humanos se señala que el cuidado de la salud depende directamente de los recursos públicos disponibles que erogue el Estado para preservarlos. La protección de la salud en el país se encuentra a cargo del Estado y tiene su base jurídica en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), el cual señala que:

“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.

La Administración Pública, como herramienta del Estado, cuenta con programas y actividades, las cuales se conducirán de forma programada de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo vigente, tal y como lo señala el artículo 9 de la Ley de Planeación.

El artículo 22 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF), indica que el Presidente de la República puede celebrar convenios de coordinación de acciones con los gobiernos estatales y municipales a fin de favorecer el desarrollo integral.

Desde su inicio el cuidado de la salud estuvo estrechamente relacionado con la seguridad social, así lo señala el párrafo XXIX del artículo 123º de la CPEUM:

“Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”.

La Ley General de Salud comprende el derecho a la protección de la salud tanto de la población asegurada como la población sin seguridad social; al respecto de ésta última, a partir del año 2003 se reformó el artículo 3º de dicha Ley y se adicionó la Protección Social en Salud como materia de salubridad general, por ello se creó el Sistema de Protección Social en Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, éste último como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud para coordinar las acciones del Sistema a nivel nacional y administrar los recursos destinados para la operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud en las entidades federativas del país.

Es importante mencionar que la Ley establece las bases para garantizar el derecho a la Protección social en salud, sin embargo, el gobierno mediante su aparato administrativo debe procurar las condiciones para responder a las demandas de la sociedad en la prestación de los servicios de salud (De acuerdo al artículo 23 de la Ley General de Salud, los servicios de salud son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad).

Los servicios de salud conforme lo establece la Ley General de Salud en el artículo 32, se clasifican en:

1. Servicios públicos a la población en general;
2. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;
3. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma que se contraten, y
4. Otros que se presten de conformidad con que establezca la autoridad sanitaria.

Para efectos del presente estudio es necesario mencionar las especificaciones respecto a los servicios públicos plasmadas en el artículo 35 del mismo orden jurídico:

“Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, preferentemente a favor de las personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables” (Secretaría de Salud. 2018).

Una vez descritos los servicios de salud, se hará referencia a los prestadores de dichos servicios, con el objeto de comprender la diferencia entre el Sector Salud y el Sistema Nacional de Salud (SNS); el artículo 5 de la Ley General de Salud señala que:

“El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas y morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.

De acuerdo a las leyes citadas anteriormente, la sociedad mexicana cuenta con una base legal que protege a la población en una emergencia de salud o simplemente por atención preventiva; a lo largo de la presente investigación se describirá la propuesta de universalización en la prestación de los servicios de salud, de forma sistematizada las características del Sector Salud, y algunas de las acciones de

gobierno bajo este esquema, para que al final de la investigación se lleve a cabo un análisis de la situación del país y, con una visión integral, se pueda inferir prospectivamente sobre la prestación de los servicios de salud en el país en miras de mejorar la salud en las mujeres.

Una vez expuestas algunas aproximaciones teóricas sobre el Estado y la Administración Pública, así como del marco jurídico del ramo de estudio, es decir, la salud; es necesario abordar el tema de la política social, entendida ésta como “una evolución del papel que la acción pública ha tenido en nuestras sociedades” (Abardía A. y Morales F. coordinadores, 2008, p 245). Lo anterior para contar con un conocimiento integral, tanto de los aspectos teóricos del Estado, el entramado institucional responsable de ejecutar las leyes y la acción del gobierno a partir de la implementación de programas, derivados precisamente de una política social. Se expondrá de manera inicial y conceptual el universalismo como política social contextualizado con el desarrollo del Estado, de acuerdo con Fabián Repetto y Luciano Andrenacci, quienes han realizado su investigación sobre temas de universalismo, ciudadanía y Estado.

Para evitar caer en el debate conceptual entre universalización y universalismo, el primer concepto se aborda simplemente como un proceso para llegar a un fin, dicho fin se refiere precisamente a la segunda apreciación, el universalismo, estudiado en este trabajo como política social para lograr la cobertura total de la población en lo que respecta al acceso y prestación de los servicios de salud en México.

Se revisarán estudios sobre la concepción de universalismo con una connotación de un universalismo básico, desde la perspectiva de autores como Fernando Filgueira, Jorge Papadopulus, Jorge Tovar y Carlos Gerardo Molina, este último junto con José Núñez del Arco, con una aproximación focalizada hacia los servicios de salud.

2.4. Antecedentes de la política social en México.

La política social puede conceptualizarse como “aquella política relativa a la administración pública de la asistencia, es decir al desarrollo y dirección de los servicios específicos del Estado y de las autoridades locales, en aspectos como la salud, educación, trabajo, vivienda, asistencia y servicios sociales” (Montagut, T., 2000 p. 20).

De acuerdo a José Adelantado, la política social “analiza las cuestiones sociales, como el envejecimiento de la población, los cambios familiares o la globalización. Otro enfoque más convencional, busca soluciones a los problemas sociales como el desempleo, la pobreza, o el trabajo infantil; y el enfoque más tradicional, el cual se limita a los grandes servicios públicos (sanidad, educación, pensiones, vivienda y servicios sociales personales)” (Adelantado, J., 2017).

No se puede hablar de política social sin comprender su relación con el desarrollo económico de un Estado. En el caso mexicano, a partir de 1980, las acciones de gobierno y la participación del Estado estaban encaminadas hacia una apertura económica; interpretando a Valencia, la política social, al estar subordinada a la política económica, cumple con las funciones de acumulación, como sostén del modelo neoliberal, al propiciar las condiciones de intercambio de capital, legitimidad y de bienestar social (Valencia Lomelí, E. 2013, p. 106).

En México, la preocupación y el debate por dirimir problemáticas de carácter económico más que las de carácter social, así como la implementación de las reformas de corte estructural, prolongan la estadía de problemas no superados o solventados con costos sociales.

A principios de la década de 1970 comenzó la agonía de las políticas sociales de carácter universalista implementadas a partir de 1930 y que dieron origen a la creación de la red de salud pública subsidiada por el Estado. Para inicios de los años setenta, el diagnóstico afirmaba que había un déficit de eficiencia en los

sectores sociales y que los recursos públicos no estaban siendo dirigidos a quienes más lo necesitaban. Además, la expansión del gasto público no estaba acompañada de incrementos en la recaudación (Lustig, N. y Székely, M., 2016, p. 3).

En el trabajo realizado por Araceli Damián, con relación a algunos indicadores de salud a mitad de los setenta, hace mención que:

“De acuerdo a las experiencias de países que han satisfecho las necesidades esenciales de su población, el 43% de las muertes ocurridas en México en 1974 eran evitables. La situación más grave correspondía al grupo de edad de entre 1 y 4 años (con 80% de muertes evitables), y el de menores de un año (con un 63%). Se calculó que dados los recursos en salud (doctores, camas de hospital, etc.), el 45% de la población quedaba sin posibilidad de atención médica (pública o privada)” (Damián, A. s/a).

Estas cifras trajeron consigo la implementación de programas dirigidos a los sectores de la población con mayor marginación, un ejemplo de estos es la creación de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) que a continuación se detalla:

Este programa se creó en enero de 1977 con el propósito de llevar a cabo acciones que permitieran que las zonas rurales marginadas contaran con elementos materiales y de organización suficientes para lograr una participación más equitativa de la riqueza nacional, y que los grupos en condiciones de desventaja alcanzaran una situación de mayor equilibrio.

Los objetivos específicos de este programa fueron:

- Aprovechar adecuadamente la potencialidad productiva de los grupos marginados y de las zonas donde se hallaban asentados que asegurará una oferta más abundante de bienes fundamentalmente de alimentos y servicios.

- Promover el establecimiento de fuentes de trabajo y su diversificación en las zonas marginadas mediante la canalización de recursos públicos y privados y la capacitación de los núcleos de población.
- Lograr una remuneración justa por el trabajo y los productos generados por los grupos marginados y promover una mayor aplicación de recursos que beneficien a los estratos más pobres en materia de alimentación, salud, educación y vivienda para propiciar un desarrollo regional más equilibrado.
- Fomentar el respeto a las formas de organización de los grupos rurales marginados (Barajas, G., 2012, p. 75).

En el ámbito económico, un factor importante que influyó negativamente en la vulnerabilidad del país en esta década fue la fluctuación de los precios del petróleo en los mercados internacionales (aproximadamente hasta 1976 México era un importador neto de petróleo y sus derivados).

De 1978 a 1981, con el descubrimiento de reservas petroleras, se comenzó a visualizar una estabilidad económica en el país, con un aumento promedio anual del Producto Interno Bruto (PIB) del 8.4% (Ibídem, p. 4). Años más tarde, como consecuencia de la caída del precio del petróleo y el alza en las tasas de interés internacionales, de 1983 a 1988 comenzó una época de desequilibrio interno; los salarios habían disminuido en más del 7% anual y el PIB per cápita cayó en un 2% promedio anual (Ídem.). En lo que respecta al gasto social como porcentaje del PIB, de 1981 a 1990 se redujo de 9.16 a 5.85% (Farfán Mendoza, G. (s/a), p. 41).

En este periodo aumentaron las tasas de desempleo, el ingreso de las familias se mostraba con tendencia a la baja y, con la ausencia de programas de salud, inevitablemente la calidad de vida las personas se ven afectadas de forma negativa.

A partir de 1980, como respuesta a las adversidades en el terreno económico, y para contrarrestar el déficit público, el Estado optó por la apertura de mercado, dejando a un lado su papel paternalista en el desarrollo económico del país. Sin

embargo, a pesar de que el Estado ya no sería el agente de desarrollo, sí sería intermediario para lograr un equilibrio macroeconómico y fomentar la libre competencia (Pardo, M., 2010, p. 82).

En lo que respecta a los servicios públicos, se dio una transformación de la política social inmersa en una reorganización y redistribución en aquello que se consideraban servicios de primera necesidad, tales como la salud y la educación. Se comenzó a observar el ejercicio del gasto público a partir de enfoques de productividad y eficiencia, así como de focalización de los programas hacia una población objetivo. Dichos aspectos serían parte de la transición hacia un proceso donde hay una mayor injerencia de actores con intereses privados en la prestación de servicios de carácter público.

2.4.1. Focalización

Como efecto de la implementación de las políticas de bienestar tradicionales, “en los años ochenta el país se mostraba con una disminución de empleos, reducción en el gasto social, una pérdida creciente del poder adquisitivo desde 1982 y un crecimiento en las actividades informales” (Moyado, F., 2006, p. 140). Aunado a esto, en torno a los servicios de salud, la política social ha estado directamente relacionada con la seguridad social, de forma más específica con la condición laboral de la población; junto con ello estaba la insatisfacción social de los sectores desprotegidos o sin seguridad social, que iba en aumento. Por lo que, en este marco, el Estado se vio en la necesidad de desplazar sus acciones hacia la focalización como política social.

Es preciso hacer mención que el tema de la focalización no se aborda como contraparte de la universalización, sino como alternativa de política social, tomada en cuenta como cambio de objetivo de ésta última donde el ciudadano pasa de ser receptor por derecho a ser ciudadano como receptor estratégico, es decir aquel detectado por zona de riesgo, en el caso de la focalización geográfica.

La focalización surge con la finalidad de mejorar la equidad en el sector salud, el propósito central de estas políticas es facilitar el acceso a los servicios de salud de las personas de bajos ingresos, para reducir las brechas de desigualdad entre los grupos de mayor marginación y la población que cuenta con acceso a los servicios.

Si bien los programas focalizados están dirigidos a las personas que más los necesitan, para poder cumplir el objetivo de detectar eficazmente a estos sectores de la población, los programas deben contemplar dentro de sus presupuestos la erogación del gasto para costos administrativos; ya sea en trabajo de campo o de oficina, es necesario emplear personal para llevar a cabo estas actividades.

La estrategia de focalización, a diferencia de los programas de corte universal donde los recursos son utilizados y visualizados a través de la prestación de servicios en especie, busca la asignación adecuada recursos con un fin productivo a través de transferencias condicionadas.

Dicha política social se ve influenciada con gran fuerza por las formas de operar del mercado, es decir, a través de la relación entre la oferta y la demanda aplicada en el ámbito público, respaldada por un trabajo previo de observancia que en cierta parte asegura la erogación del gasto hacia la población que más lo necesita.

En lo que respecta a la relación de la focalización con el mercado, también es importante tomar en cuenta el contexto económico donde comenzaron a surgir estos programas; en este sentido, en el ámbito internacional, en 1999 fue firmado el Consenso de Washington, el cual resalta el papel del Estado liberal mínimo y la operación de políticas sociales bajo estándares de eficiencia.

Con relación al tema de la eficiencia y eficacia, en lo que se refiere a la Administración Pública como materia de estudio, se comienza a hacer referencia a lo que se conoce como la Nueva Gestión Pública (NGP) donde su propuesta se

basa “en el entendido de que la responsabilidad de la gerencia pública está ligada a la eficacia y eficiencia de gestión” (Presentación de Oyarce H., S/A).

De acuerdo a Barzelay, la NGP contiene al menos tres intencionalidades:

“La primera hace referencia a un movimiento o tendencia que se detecta en el sector público de algunos países occidentales, fundamentalmente anglosajones, que han ido transformando el aparato ejecutivo del Estado mediante la introducción de técnicas de gestión empresarial y organización económica.

“La segunda identifica la nueva gestión pública como una perspectiva novedosa de comprensión, análisis y abordaje de los problemas de la Administración Pública. Su contribución esencial sería el acento en el empirismo y la aplicación de valores de eficacia y eficiencia a su funcionamiento, por encima de los valores tradicionales del modelo administrativo.

“La tercera sería completamente normativa e identifica la nueva gestión pública como un modelo, es decir como una serie de principios, políticas y técnicas para el manejo del sector público que se consideran superiores y cuya aplicación implícita o explícitamente se recomendaría” (Retomado por Longo, F y Echebarria K. (S/A) p. 2).

Por su parte, Fabio Veras, alude que “la eficiencia es un producto del funcionamiento del mercado y un medio para mejorar el bienestar de todos al garantizar la máxima eficiencia en la distribución de los recursos productivos: asegurando el progreso material de las sociedades” (Veras F. 2006).

La conceptualización de eficiencia desde la óptica del mercado se retoma en el contexto económico de transición hacia un nuevo modelo de desarrollo, con la redefinición del papel del Estado en la distribución del ingreso, y en el caso de las

problemáticas sociales, con la puesta en marcha de programas focalizados bajo la idea de un mayor aprovechamiento del gasto.

Como antecedente, a partir de los años setenta se llevaron a cabo acciones encaminadas para contra restar el problema de pobreza; por ejemplo, en 1973, la creación del Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural (Pider), el cual tenía como objetivo fundamental lograr un desarrollo en el sector rural con el uso racional de los recursos naturales y el fomento a la no migración de la población rural a las ciudades para aspirar a una mejor calidad de vida, o por falta de incentivos para el aumento de su producción interna. De acuerdo a Gabriela Barajas, con este programa comenzaría la administración de la pobreza “dentro del estancamiento económico y potencial inestabilidad política y social” (Barajas, G., op. cit., p. 65).

Para darse una idea de la situación del campo al momento de la implementación de dicho programa, y posteriormente de la Coplamar en 1977, la misma autora retoma de una publicación de la Secretaría de Programación y Presupuesto en 1985 un diagnóstico oficial sobre las condiciones del campo en 1973:

“En el medio rural se observa una concentración del ingreso y la riqueza en los productores agrícolas ubicados en las zonas de riego, a los cuales se les había favorecido con obras de infraestructura, investigación, asistencia técnica, insumos, créditos, etc., dedicándose a la producción de cultivos para la exportación. Otros beneficiarios de este progreso, fueron los intermediarios [...]; los ganaderos particulares, que expandieron sus superficies para realizar explotaciones de tipo intensivo con la protección de la ley agraria; y los concesionarios privados de bosques con talas irracionales. Frente a éstos, se encontraba la mayor parte de la población del medio rural que habitaba en zonas de temporal con pésimas condiciones de vida en materia de nutrición, salud, educación y vivienda, que por falta de apoyo empezaba a dejar de producir alimentos necesarios para su propia subsistencia y emigraban a las zonas urbanas” (Barajas, G., op. cit., p. 66).

Ante la persistencia de la crisis agrícola, en 1980 nació el Sistema Alimentario Mexicano (SAM) (Ibídem, p. 67); en apoyo al ámbito productivo, su objetivo era alcanzar los mínimos nutricionales de la población rural y combatir plagas y, por consiguiente, las enfermedades a causa de las semillas o productos en malas condiciones.

Para comprender de mejor manera la focalización como política social, a continuación se describirán brevemente algunos programas implementados en México.

El Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), fue creado en 1989, al inicio del periodo presidencial de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994). Es preciso mencionar que, en el sexenio de Salinas de Gortari, el gasto en desarrollo social del presupuesto federal tuvo un incremento relevante, siendo el mayor aumento porcentual desde 1921 (Moreno Salazar, P., Ortiz, C. y Marrufo, E., 2004 p. 61).

En 1997, Pronasol es sustituido por el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), con una cobertura al comienzo de 300 mil personas en el ámbito rural; después en el año 2002, el Programa de Desarrollo Humano (Oportunidades), aumentó la cobertura a los 32 estados del país, alcanzando 4.2 millones de hogares.

Por decreto presidencial de Enrique Peña Nieto, en 2013 fue puesto en marcha el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre y, de forma breve, se hará mención del Programa de Inclusión Social (Prospera), nombre recibido al transformarse y fortalecerse el programa Oportunidades, en septiembre de 2014.

Pronasol

De igual forma que el Pider y el SAM, este programa surgió en el contexto de la crisis económica, con una demanda social que rebasaba la capacidad de respuesta de las instituciones.

La operación del programa se basaba en cuatro principios fundamentales:

1. Respeto a la voluntad, a las iniciativas y a las formas de organización de los individuos y las comunidades;
2. Participación plena, efectiva y organizada de las comunidades en todas las acciones del programa;
3. Corresponsabilidad entre la sociedad organizada y en movimiento con el Estado para afrontar las tareas de política social;
4. Honestidad y transparencia en el manejo de los recursos (Leco Tomás, C. y Bollain Parra, E., 2013, p. 195).

Una de las características más importantes de este programa fue la creación de un método de trabajo que integraba a la comunidad y que fue el componente central de los denominados “comités de solidaridad” (Ídem.); estos comités dieron origen a un nuevo tipo de organización social institucionalizada, el cual era requisito para canalizar las demandas y otorgar créditos. Con esto se pretendía eliminar el burocratismo y el intermediarismo que había caracterizado a la política social de corte universal.

Progres-Oportunidades

Durante el sexenio del presidente Ernesto Zedillo (1994-2000), la situación en el ámbito económico no era favorable; a principios de su gobierno, como consecuencia de la crisis por la que atravesaba el país, se dio la devaluación del peso.

Además de la crisis en el terreno económico, en lo que corresponde a lo social, “el número de pobres en el país llegó a 63 millones en 1996; es decir, el 69% de la

población, la cifra más alta que se ha tenido desde 1990” (Leco Tomás, C. y Bollain Parra, E., op. cit., p. 196).

Por lo anterior, en 1997 el Pronasol fue sustituido por el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresa), cuyo objetivo fue intervenir para el desarrollo de capital humano en aquellas familias que vivían en situación de pobreza extrema, con el fin de impulsar y fortalecer sus capacidades y potencialidades, elevar su nivel de vida y propiciar su incorporación al desarrollo nacional.

Las acciones fundamentales del programa fueron sustentadas en cinco objetivos:

1. Mejorar sustancialmente las condiciones de educación, salud y alimentación de las familias pobres, particularmente de la población más vulnerable (mujeres, niños, ancianos, etc.).
2. Integrar las acciones de educación y salud para que el aprovechamiento escolar no se vea afectado por enfermedades o desnutrición de los niños y jóvenes;
3. Procurar que los hogares dispongan de medios y de recursos suficientes para que sus hijos completen la educación básica;
4. Inducir la responsabilidad y participación activa de los padres y de todos los miembros de las familias a favor del beneficio que significa para los niños y los jóvenes mejorar su educación, salud y alimentación y
5. Promover la participación y el respaldo comunitario en las acciones de PROGRESA para que los servicios educativos y de salud beneficien al conjunto de las familias de las localidades en donde opera (Ibídem, p. 197).

Para la operación de este programa se implementaron mecanismos de corresponsabilidad, es por esto que este programa es considerado compensatorio; funcionó mediante la entrega de paquetes básicos y subsidios alimentarios, poniendo un gran énfasis en las mujeres y en los niños en condiciones de pobreza, reduciendo la tendencia hacia el otorgamiento de subsidios generales.

En el año 2002 este programa se transformó en Oportunidades, el cual continuó con las mismas características que Progresá, pero se integraron algunas acciones para mejorar los métodos de selección de beneficiarios y aumentar la cobertura no solamente en localidades rurales sino también en zonas marginadas urbanas; el presupuesto destinado para Oportunidades aumentó.

Cabe resaltar que este programa, por la forma de operar y sus acciones innovadoras para contrarrestar la problemática de pobreza, fue considerado como de los primeros Programas de Transferencias en Efectivo Condicionadas de América Latina, a partir de la inversión en el Capital Humano.

La premisa para el diseño de Oportunidades fue romper con el círculo vicioso entre factores que impiden el desarrollo de las familias, como son la falta de educación y el acceso a los servicios de salud, por mencionar algunos. Por lo que la transferencia de ingresos fomenta el desarrollo de las capacidades de las personas y por ende aumentan las oportunidades de salir de la situación en que se encuentran, que incluso puede ser intergeneracional.

La relevancia de este programa parte tanto por la innovación en su operación, al emplear mecanismos de focalización geográfica e individual, pero también por su duración que, aunque no ha sido el mismo como tal, ha continuado por la línea de la focalización por más de tres sexenios, incluso en el cambio de partido político al mando del poder ejecutivo en el año 2000, al llegar Vicente Fox Quezada por el Partido Acción Nacional.

Resalta que en el año 2000, a pesar de haber transcurrido doce años desde la implementación del Pronasol, de acuerdo a cifras del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), “52.7 millones de personas no tenían acceso a alimentos, vestido, educación y salud” (Leco Tomás, C. y Bollain Parra, E., op. cit. p. 200), asimismo, a finales del sexenio de Vicente Fox Quezada

(2006), la misma fuente observó una disminución considerable e incluso la cifra más baja desde 1990 respecto a los índices de pobreza, haciendo mención que “el 45.5 millones eran pobres, es decir, 42% de la población total estaban en esa condición”, pero como se puede observar todavía era casi la mitad de la población en el país.

Para 2011, a finales del sexenio de Felipe Calderón Hinojosa, en cuanto a la cobertura poblacional, las familias que estaban cubiertas por el programa eran más de seis millones, 61% de las cubiertas en dicho año, pero no era suficiente para combatir el problema de pobreza pues Coneval informó oficialmente que a finales del año 2011, el 53% de los mexicanos vivía en condiciones de pobreza.

Si bien, ya habían pasado más de dos décadas de la implantación de los primeros programas focalizados, en 2013 el gobierno mexicano continuó bajo esta misma línea y, como medida para fortalecer al programa Oportunidades, el 22 de enero de 2013 se creó por decreto presidencial el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre (Se define el “hambre” como la situación que enfrenta una persona al encontrarse en pobreza extrema y con carencia alimentaria), que en un primer momento estaba dirigido a “7 millones 400 mexicanos de los 13 millones que padecían pobreza alimentaria” (Leco Tomás, C. y Bollain Parra, E., op. cit., p. 203).

El problema principal que atiende la Cruzada es la pobreza extrema con carencia alimentaria para contrarrestar la desigualdad en el país. De acuerdo a lo establecido en dicho decreto:

“La Cruzada contra el Hambre es una estrategia de inclusión y bienestar social, que se implementará a partir de un proceso participativo de amplio alcance cuyo propósito es conjuntar esfuerzos y recursos de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como de los sectores público, social y privado y de organismos e instituciones internacionales...” (González E. 2015).

Los objetivos de la Cruzada de acuerdo a la misma fuente son:

I. Cero hambre, a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación;

II. Eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez;

III. Aumentar la producción de alimentos y el ingreso de los campesinos y pequeños productores agrícolas;

IV. Minimizar las pérdidas post-cosecha y de alimentos durante su almacenamiento, transporte, distribución y comercialización, y

V. Promover la participación comunitaria para la erradicación del hambre.” (Ídem.).

En apoyo para la instrumentación de la Cruzada hay una serie de programas del gobierno federal que participan para el cumplimiento de sus objetivos. Para efectos de la presente investigación a continuación se hará mención únicamente de los programas del Ramo 12 Salud depositada en las mujeres, sin dejar a un lado el carácter integral de la Cruzada y la coordinación interinstitucional con dependencias de la administración pública en el ámbito federal, así como a nivel estatal:

- Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
- Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable
- Caravanas de la Salud
- Seguro Médico Siglo XXI
- Seguro Popular
- Prevención contra la obesidad.

Un elemento importante para entender la continuación de estos programas dentro de la política social en el país (desde la creación de Pronasol a la fecha), es que estos se han figurado en cada periodo presidencial como estandartes personales de los titulares del poder ejecutivo; sin embargo, a más de dos décadas de la implementación del primer programa, tan sólo de 2008 a 2010 aumentó de 21.7% a 24.9% (México. 2016), la población con carencia alimentaria, es decir 3.2 millones de personas más con hambre.

En el plano de la seguridad social y del acceso a los servicios de salud, de acuerdo a cifras publicadas por el Coneval en agosto de 2015 respecto a la disminución de las carencias sociales, de 2013 a 2015 hubo una disminución de dichas carencias, 8.6% y 22.1% respectivamente (Ídem.).

Las cifras anteriores pueden ser comprendidas de mejor manera al tener en cuenta que la seguridad social depende de las oportunidades de empleo, y el acceso a los servicios de salud depende de la implementación de los programas en el ramo de la salud; pero por su relevancia en cobertura poblacional, esas cifras podrían modificarse como resultado de los avances del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular, que por su naturaleza y carácter universal se hará referencia dentro de los avances de la universalización de los servicios de salud en el país.

Como se pudo observar, las políticas sociales en México han pasado por diferentes etapas, pero buena parte de los beneficios sociales a cargo del Estado no causaron el impacto distributivo deseado, por lo que dentro de la gestión pública se considera un cambio de horizonte estratégico de política social, que transite de políticas de intervención basadas en el combate a la pobreza hacia la construcción de políticas con umbrales de carácter universal.

Cuando se habla del impacto distributivo se hace referencia a un tema preocupante que ha asechado al país por mucho tiempo: la desigualdad. De acuerdo al Programa

Universitario de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México, en su publicación sobre desigualdad extrema en México realizado por Oxfam México, en el año 2015 “la riqueza de los 4 millonarios más ricos de México representaba el 9% del PIB mexicano, y la mitad de los mexicanos permanece en pobreza. Es decir, más de 50 millones de mexicanos y mexicanas” (Programa Universitario de Derechos Humanos, 2015).

Asimismo, Consuelo López Zuriaga, directora de Oxfam México, en su informe sobre el mismo estudio señaló lo siguiente:

“Vemos con preocupación la excesiva influencia de los poderes económicos privados en la política pública, y es alarmante observar la interferencia que esto implica para el ejercicio de los derechos ciudadanos. Por ejemplo, mientras que la riqueza de los multimillonarios mexicanos se multiplica por cinco, el 48% de las escuelas públicas carece de acceso a drenaje; el 31% carece de acceso a agua potable; el 12,8 no cuenta con baños o sanitarios; el 11,2% carece de acceso a agua potable”.

Además, menciona que:

“Esta tendencia de acumulación de riqueza en pocas manos es global y provoca sociedades más desiguales y violentas en las que la combinación de falta de inversión en políticas sociales, fiscalidad regresiva y regulación deficiente de sectores estratégicos, lastra las posibilidades de los más vulnerables a llevar una vida digna y a tener las mismas oportunidades de partida”.

Con relación a las cifras de desigualdad, de acuerdo a los resultados de pobreza en México del año 2016, publicados por el Coneval, 19.1 millones de mexicanos no tenía acceso a los servicios de salud y 68.4 millones se encontraban sin acceso a la seguridad social. Dichas cifras son precedente importante para comprender la

propuesta de universalización de los servicios de salud y, de manera más específica, del universalismo básico como alternativa de política social (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2016).

2.4.2 Privatización

Como se ha observado durante la investigación, la política social en México ha estado supeditada a las decisiones tomadas respecto al desarrollo de la política económica. Se hará referencia al tema de la privatización en torno a la prestación, de los servicios de salud, pero también con una estrecha relación con la seguridad social; lo anterior por la predominancia de ésta última en la conformación actual del Sistema de Salud y la provisión de servicios.

En el estudio realizado por Thais Maingón sobre el proceso de privatización en los servicios de salud en América Latina y el Caribe, se conceptualiza la privatización desde tres enfoques:

- El primer enfoque considera a la privatización como un fin en sí mismo y enfatiza sus aspectos económicos. La sociedad civil es representada por el empresariado organizado y se coloca por encima del Estado; separa el sector público y el privado, el primero dedicado a lo social y el segundo de forma estricta a lo económico, con la idea de que dichas condiciones son necesarias para alcanzar un crecimiento económico.
- El segundo enfoque considera a la privatización como un proceso vinculado a los aspectos políticos sociales, las decisiones políticas y las características socioculturales de cada país, por lo que este enfoque no pondera al desarrollo económico, sino de forma integral, aspectos sociales, económicos, políticos y culturales que intervienen en el proceso de privatización que, de acuerdo a las condiciones de cada país, redimensiona la intervención estatal en aspectos económicos y propone una redefinición de la intervención pública y privada en aspectos sociales.

- El tercer enfoque analiza el aumento de la participación del sector privado en todos los subsectores, antes y después de la década de los ochenta, lo anterior bajo el esquema de la firma de convenios, es decir, se marca una brecha en el proceso de privatización como tal, si hay de por medio un convenio o negociación (Maingón, T. (s/a) pp. 3-4).

En un sentido amplio, se puede inferir que las constantes en los tres enfoques antes descritos son: la reducción de la intervención del Estado en aspectos económicos y la desregulación en la prestación de los servicios públicos.

La privatización no se puede entender como un proceso aislado o único, sino como la sistematización de algunas decisiones referentes a aspectos económicos y sociales, y de diferentes sectores de la sociedad donde intervienen distintos actores. Tampoco es posible comprender este proceso sin contextualizarse en el marco de las transformaciones globales, que aunado con la crisis del modelo del Estado interventor, crean escenarios de incertidumbre donde el Estado busca una respuesta en la apertura económica, y en la instrumentación de políticas, muchas veces con influencia de organismos internacionales.

De acuerdo a Maingón, existen enfoques pero también modalidades de privatización, formales e informales, las primeras surgen en el momento en que se lleva a cabo “la transferencia de un servicio o gestión de un organismo público a una organización privada; la reducción de la participación del Estado en las empresas de capital social; la venta de activos, y/o la compra de servicios, generalmente a través de contratos” (Ibídem, p. 8).

La privatización dentro de la modalidad informal se caracteriza por “el desfinanciamiento hacia el sector, el abandono en infraestructura, el deterioro de las condiciones de trabajo, de la remuneración y de la calidad de la prestación del servicio, a este proceso se le denomina muerte lenta o mothballing en inglés” (Ídem.).

Algunas de las acciones del gobierno relacionadas con el proceso de privatización comenzaron a partir de la década de 1990 y están relacionadas con el tema de seguridad social y la administración de los recursos de los trabajadores.

En 1992 se creó el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). En éste se aportaría el 2% del salario base de cotización para retiro y 5% para poder acceder a una vivienda; los recursos por cada individuo se resguardarían en el Banco Central (Villagómez, A. y Hernández, J., 2010 p. 277).

En el sexenio de Ernesto Zedillo Ponce de León, de 1994 a 2000, la administración tuvo como objetivo central la promoción del ahorro interno y, en particular, del privado, como una fuente de financiamiento estable y permanente de la inversión.

Ante la crisis económica y financiera que se padecía en el país, el 1 de julio de 1997 entró en vigor la reforma al sistema de pensiones del IMSS. Dicha reforma implicó la sustitución del sistema público de pensiones con beneficios definidos por uno de capitalización total, basado en cuentas individuales administradas por intermediarios financieros.

Para la administración de los recursos acumulados en las cuentas individuales se crearon las entidades financieras especializadas denominadas: Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores). La cuenta individual se compone de tres subcuentas: retiro, aportaciones voluntarias y vivienda; esta última es administrada por el Instituto de Fomento Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (Infonavit). En lo que corresponde a las subcuentas de retiro y aportaciones voluntarias, se invierten a través de las Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos para el Retiro (Siefores) (Ibídem, p. 278), con el fin de incrementar los beneficios en la cuenta. A pesar de que la actividad de las Afores está regulada por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar), este cambio de modelo implica incertidumbre a la hora de llegar a la edad de pensionarse, ya que se está

especulando en los mercados financieros con las contribuciones de los trabajadores.

Además, es preciso hacer mención que en esta reforma los años para poder tener el derecho a una pensión pasó de 500 semanas cotizadas a 1,250, es decir, un aumento de 15 años de cotización (Se entiende por semana cotizada al factor de cálculo por parte del IMSS).

Las acciones antes mencionadas se pueden comprender a partir de la necesidad del país por enfrentar el crecimiento demográfico y de disminuir la responsabilidad del Estado en la erogación de recursos hacia la población susceptible a recibir una pensión en el largo plazo.

De acuerdo a lo que menciona Sara Gordon en su aproximación sobre el tema del universalismo y la transición hacia los programas focalizados, hubo un cambio de visión por parte del Estado, pasando “de lo colectivo a lo individual” (Gordon, S., 1999 p. 61), dejando de un lado la concepción solidaria al hacer énfasis en el beneficio personal.

Se hace referencia al tema de la administración de los fondos de retiro, por la relación que hay en el acceso a los servicios de salud para la población que cuenta con seguridad social dentro del sistema de salud en México, mismo que será expuesto posteriormente.

Por mencionar un dato, en el año 2000 había más de 50 millones de personas que no tenían acceso a los servicios de salud, entonces, si se tiene en cuenta que la transformación al modelo de cuentas individuales administradas por instituciones privadas estaba estrechamente relacionada con las personas que contaban con seguridad social, y el Estado ya había cedido su responsabilidad por lo menos en la administración de los fondos de las pensiones, nace la interrogante: ¿qué le

esperaría a esa parte de la población sin seguridad social y por ende sin acceso a los servicios de salud?

Una vez comprendidas las diferentes políticas sociales y las transformaciones que ha tenido el Estado, así como la política económica, a continuación, se hará referencia a la alternativa de política social propuesta por diferentes autores, precisamente para responder a las diferentes interrogantes e incertidumbre generada para la cobertura efectiva de la población en el acceso a los servicios de salud en el país.

2.5. Universalismo básico como alternativa de política social

Durante más de dos décadas, la política social en México ha estado dirigida hacia los sectores con mayor vulnerabilidad, específicamente a la población en situación de pobreza. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del gobierno por combatirla, en el 2016, de acuerdo al Coneval, el 43.6% de la población total del país continuaba en este estado.

La política social universalista no sólo trata de la prestación de servicios de carácter social, implica una estructura fiscal, sistemas de transferencia, corresponsabilidad ciudadana y distribución efectiva del ingreso. También hace énfasis en las oportunidades para contar con seguridad social la cual está directamente relacionada con una condición laboral formal. El universalismo básico (UB) puede definirse como:

“... una política social orientada por la cobertura universal de prestaciones y riesgos esenciales, asegurando el acceso a transferencias, servicios y productos que cumplan con estándares de calidad, otorgados sobre la base de los principios de ciudadanía. Es decir, distanciándose del principio de selección de los beneficiarios de los servicios según prueba de recursos y de necesidad que predominan en la región. En este punto de vista, que propone

concebir a los servicios sociales como derechos que a la vez generan deberes, una política social de UB apunta a promover un conjunto limitado de prestaciones básicas, que incluye entre ellas las prestaciones esenciales de derecho universal, conjunto que variará con las posibilidades y definiciones propias de cada país” (Filgueira, F., Molina, C., Papadópolos, J. y Tobar, F. 2015).

Se trata de una propuesta que comprende la situación real del sector salud en el país, la fragmentación del sistema de salud, la desigualdad y las limitaciones presupuestarias de las instituciones.

En este contexto, se requiere de una serie de acciones fiscales dirigidas al incremento de los recursos públicos para ser designados a programas sociales, a fin de que, una vez otorgadas las prestaciones básicas, se dé un aumento en la protección social de manera horizontal y la sociedad pueda contar con servicios sociales de calidad.

Con relación al tema de los servicios de salud en las mujeres, se busca alcanzar la protección social en salud de la totalidad de la población femenina. La crítica a los servicios del sector salud ha estado dirigida hacia su ineficiencia; en términos cuantitativos, en lo que corresponde a los recursos físicos y humanos, se aprecia en la proporción de unidades hospitalarias, camas censales y personal médico disponible por cada habitante en México. Al igual que en el acceso a los servicios y cobertura poblacional de las instituciones, ya sea para población asegurada o para población abierta, ésta última que no cuenta con ningún esquema de aseguramiento.

De acuerdo al Quinto Informe de labores de la Secretaría de Salud 2016-2017, en lo que se refiere a los recursos:

“Desde el año 2007 se registró un incremento en el número de unidades hospitalarias existentes, que entonces era de 2,580 y alcanzó en el año 2014 un total de 4,550 unidades hospitalarias, alrededor de cuatro por cada 100 mil habitantes. No obstante, existen importantes desigualdades en su distribución, tanto por entidad federativa como por institución. En 2014, 69% de las unidades de hospitalización correspondían al sector privado, aunque estas solamente contaban con 29% del total de camas, lo cual indica que los hospitales de este sector son pequeños. Sin embargo, debido a la fragmentación del sistema y a una ineficiente distribución de unidades, siguen existiendo simultáneamente lugares donde los pacientes deben recorrer grandes distancias para poder recibir la atención, sitios donde la calidad de los servicios se puede ver mermada a causa de la sobredemanda del servicio hospitalario y áreas donde existe una subutilización de las unidades” (Secretaría de Salud, 2017).

La cita anterior hace referencia a los recursos físicos disponibles para la prestación de los servicios de salud; dichos recursos tienen relación directa con la calidad de los servicios otorgados. La calidad es primordial dentro de la propuesta de universalización para abatir la saturación en la demanda de servicios hospitalarios, los tiempos de espera y en general la capacidad de respuesta de los servicios de salud ante una emergencia o enfermedad de las familias mexicanas.

Como se mencionó, durante muchos años las operaciones del Estado estuvieron concentradas en la población en condiciones de pobreza, pero de forma paralela también fueron abiertas las puertas a la intervención de figuras de carácter privado en aspectos relacionados con la seguridad social. Estas acciones, entre otras, provocaron que en los últimos años se perdiera de vista la importancia de los servicios como derecho universal y la responsabilidad del Estado en su provisión.

En el tema de la focalización, es importante señalar que, debido a que el Estado se ha limitado a atender a la población en condición de pobreza, se eliminó el subsidio

público dirigido a los sectores medios y altos, donde no todas las personas cuentan con acceso a los servicios de salud y tienen que pagar servicios en el sector privado.

La focalización, la privatización, la mezcla entre lo público y privado y la descentralización, son factores que predominaron en el país en lo que respecta a demandas sociales. También se promovieron algunas reformas privatistas de la seguridad social, la formación de mercados internos y mercados de aseguradoras de salud, y subrogación de servicios de salud, lo que se conoce como terciarización, (Se entiende ésta como la provisión de servicios por el sector privado con el financiamiento de recursos públicos).

Entonces, teniendo en cuenta estos precedentes, el desafío se muestra claro, ¿cómo garantizar a la población, a partir de un Estado renovado, un conjunto de servicios de salud universales de calidad denominados como esenciales hacia las mujeres?

Ante la carencia en el acceso a los servicios de salud y la preocupación nuevamente del Estado por retomar la figura paternalista, surge la propuesta del universalismo básico como alternativa. En este contexto, algo que es considerado punto nodal de dicha propuesta, que incluso se puede considerar un asunto de debate por su relación con el sector público, es el tema de la calidad.

Sin ahondar en una postura teórica sobre calidad, y mucho menos entrar en controversia sobre si es aplicable o no en el sector público, por la inherente relación con el mercado, aspectos de productividad e incluso con la industria manufacturera, para efectos del presente trabajo se tomará como referencia la definición de la Organización Mundial de la Salud, la cual la define como:

“el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado

con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (Revilla-Rodríguez, E. y Pimentel-Roque, p. 77).

A partir de algunas acciones de focalización como el fortalecimiento de la demanda a través de transferencias monetarias, y al verse desprotegidos los sectores medios y altos, el gasto en salud se dirigía a proveedores dentro del ámbito privado. Precisamente, ante la apertura del mercado a partir de la década de 1980, junto con la participación de las empresas financieras en la administración de los fondos para el retiro y la expansión de empresas de aseguramiento en el ramo de la salud, surge la propuesta del universalismo básico, bajo la premisa importante de cumplir estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud.

De acuerdo a Molina, se habla de transitar “de un modelo de provisión a través de servicios exclusivamente públicos hacia otro con una mezcla de proveedores en la que compiten servicios públicos y privados, con o sin fines de lucro” (Molina, C., 2016, p. 33).

Dicho autor menciona otra opción para fortalecer la figura del Estado, pero esta vez como comprador de servicios, sin la necesidad de reformar el financiamiento y el funcionamiento del sistema.

Desde el punto de vista de Molina, el camino para avanzar en términos de eficiencia y eficacia en los servicios de salud del sector, es recurrir a una mezcla entre el mercado y el sector público, es decir, conducir hacia un modelo híbrido en el cual se combine la responsabilidad del Estado en la prestación de los servicios de salud con incentivos y mecanismos propios del mercado para mejorar la eficiencia.

En este sentido, el universalismo básico cuestiona la actual capacidad de respuesta del Estado y hace una crítica a la operación de la Administración Pública, pues lo que propone es generar los medios para brindar a la ciudadanía un servicio de calidad, eficaz y eficiente.

Algunos aspectos que considera la propuesta de cambio de política social, están dirigidos hacia el fortalecimiento de la ciudadanía, la garantía de los derechos fundamentales, promover la inclusión de la sociedad y la equidad, pero también un compromiso de los ciudadanos con el financiamiento de los servicios, a través de impuestos y contribuciones (Ibídem, p. 41).

Algo que no se debe perder de vista es, la relación entre el sector público y el mercado; dentro de la propuesta se encuentran una serie de medidas que implican indudablemente capacidades gerenciales en el sector público, a través de mecanismos implementados principalmente en empresas del sector privado, de seguimiento y evaluación, así como indicadores de calidad, por mencionar algunos.

El universalismo básico no actúa como un modelo único, su implementación y su desarrollo depende forzosamente del contexto de cada país, en los ámbitos económico, político y social, así como de aspectos específicos históricos.

En lo que respecta al papel del Estado, según el estudio de Carlos Gerardo Molina:

“asume frente al universalismo básico un papel garante de las prestaciones básicas, asegurando que lleguen a todos los ciudadanos con calidad aceptable. En particular el Estado deberá cumplir con las funciones de dirección, regulación, evaluación y financiamiento de los servicios, sin que necesariamente le corresponda prestarlos.” (Molina, C., op. cit., p. 43).

Si bien, durante este apartado se dieron a conocer aspectos teóricos e históricos con relación al desarrollo del Estado, la función de la Administración Pública y las diferentes políticas sociales implementadas en México, hasta llegar al universalismo básico como propuesta de alternativa de política social en beneficio de las mujeres, ahora analicemos las garantías sociales con dirección al sexo femenino.

2.6 Garantías sociales y derechos subjetivos.

Para comenzar el estudio de este tema, es necesario distinguir el significado de la palabra derechos al de garantías. Se entiende por derechos, “aquellos valores que corresponden al ser humano.” Citando como ejemplo a los derechos fundamentales, tales como el derecho a la vida, el derecho a la igualdad, el derecho a la salud y el derecho al trabajo. Mientras que la palabra garantía proviene del término anglosajón “warranty” o “warantie”, que significa acción de asegurar, proteger, defender o salvaguardar. La garantía equivale, en un sentido amplio, a aseguramiento o afianzamiento, pudiendo denotar también protección, respaldo, defensa o apoyo (Burgoa Orihuela, Ignacio, México, p. 2004). Es decir, la garantía es seguridad, es el establecimiento en una ley de que el Estado debe respetar ciertos derechos fundamentales de los gobernados.

Cuando se expresa el término garantía, se refiere al mismo concepto de derechos, pero desde otro punto de vista, se trata de un fenómeno de espejo, ya que aparece el rostro de las garantías cuando los derechos son reconocidos y protegidos por el orden jurídico positivo (Soberón Acevedo, Guillermo, México, 2015, p. 31).

2.6.1. Garantías sociales.

Se conocen como garantías sociales, a “aquellos derechos establecidos por el Estado para tutelar a la sociedad, a los campesinos, a los trabajadores, a los artesanos, como grupo y en sus propias personas, así como a los demás económicamente débiles (mujeres), en función del bienestar colectivo” (Trueba Urbina, Alberto, México, 2012, p. 204). Es decir, son los derechos establecidos por el Estado, porque es el Estado el que estructura los derechos, para defensa de la persona, del individuo colectivo y de la sociedad.

Las garantías sociales atañen a la sociedad y a la nación, si bien es cierto que protegen a la colectividad en general, también protegen a grupos de la sociedad,

como son los obreros, los campesinos y los débiles en general, limitando a las libertades individuales (Op. cit., p. 205).

Las garantías sociales consignan los derechos del hombre social, es decir, los derechos del hombre vinculado colectivamente, así como de los grupos débiles. El intento de supresión de la explotación del hombre por el hombre, se inauguró con el ejercicio de las garantías sociales. En la actualidad, pesan más los intereses sociales que los intereses del individuo; dándose así, el triunfo de la justicia social, (Ibíd., p. 207), ya que de las garantías sociales surgen esquemas e instituciones formales que dan respuesta a derechos específicos, cuantificables y ciertos.

En México, se socializó el derecho en la Constitución de 1917, al incluirse los preceptos que tutelan a los económicamente débiles y subordinan los intereses del individuo a los de la sociedad. En esta virtud, el artículo 4°, junto con el 3°, 5°, 27 y 123, son principalmente las bases fundamentales de nuestro derecho social, artículos que entrañan garantías sociales relativas a la salud, a la educación, a la propiedad, a la tierra y al trabajo. En materia de salud, existen también otros preceptos de la Constitución que protegen a la mayoría de la sociedad, como es el caso de las disposiciones escritas en la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución, ya que se establecen las reglas básicas en materia de salubridad y de lucha contra el alcoholismo (Ibíd., pp. 206 y 207).

El artículo 4° Constitucional, en el que se reconoce el derecho a la protección de la salud, tiene la necesidad de proteger a la totalidad de los habitantes de México, ya que cuando se dicta una medida sanitaria, es para proteger a la mayoría de la sociedad, porque el grupo pudiente o minoritario no necesita de la protección estatal, ya que éste, cuenta con recursos superiores para protegerse a sí mismo.

Confirmando con ello, que el derecho a la salud es una garantía social, porque va encaminada a la protección de la sociedad en general.

2.7. Aspectos generales del artículo 4° constitucional en materia de salud.

El concepto derecho a la salud, se modificó para efectos de la adición al artículo 4° Constitucional, al considerar el legislador que la vida y la salud no se pueden garantizar ni por el Estado, ni por la sociedad, ni por el individuo; pero sí en cambio, se puede garantizar su protección. Entonces, en lugar de derecho a la salud se optó por la expresión derecho a la protección de la salud, ya que éste tiene el mérito de sugerir que es un derecho de todos los mexicanos y es una responsabilidad indiscutible del Estado, que dispondrá de los recursos necesarios para asegurar su protección. Así, la expresión derecho a la protección de la salud, implica el esfuerzo deliberado, orientado y planeado para desarrollar acciones congruentes con las políticas y objetivos que favorezcan la implantación de programas específicos. Esta medida viene a beneficiar a muchos millones de mexicanos que hasta ahora no tienen satisfechas sus necesidades de salud, en los que se encuentran comprendidos los grupos sociales más desprotegidos, los más pobres económicamente, como son los desempleados, los subempleados, los campesinos y los habitantes de las colonias populares y de los cinturones de la miseria (Soberón Acevedo, Guillermo, Op. cit., p. 161).

Resulta importante destacar que una piedra angular en el sistema jurídico mexicano, es el campo del derecho a la protección de la salud, ya que tiene un relevante significado, porque se logró incorporar a la Constitución uno de los derechos contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas y en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y además, sentó las bases del derecho a la protección de la salud como una garantía social, que por ser una de las llamadas garantías sociales esencialmente programáticas, marca la pauta para que se establezcan los mecanismos jurídicos que permitan el efectivo cumplimiento al derecho a la protección de la salud. Dicho precepto señala en su parte conducente:

“Artículo 4o.

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.” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2005, p. 30)

Del anterior precepto legal, se pueden interpretar los siguientes elementos:

- a) Se consagra un derecho social que sobresale del concepto de las garantías individuales.
- b) El derecho a la protección de la salud, no se deja al arbitrio de la autonomía de la voluntad, pudiendo el titular del derecho disponer libremente de él, teniendo el Estado la obligación de hacerlo realidad, ya sea directamente, ya sea en coordinación con el sector público o bien con los servicios sociales o privados.
- c) El derecho a la protección de la salud, encierra un principio integral en su cobertura, haciéndose universal y protegiendo a todo ser humano por el sólo hecho de serlo, sin ningún tipo de requisito.
- d) Se trata del derecho a la protección de la salud y no de la simple expresión derecho a la salud, toda vez que, en este caso, no habría un posible obligado a otorgar la protección de la salud.
- e) La parte central de la garantía consiste en el acceso a los servicios de salud, los cuales, son prestados tanto por el Estado, como por las organizaciones sociales y particulares, dentro del ámbito de la sociedad civil y son dirigidos y concentrados por el poder público.
- f) Se logra la concurrencia de la Federación y las entidades federativas, logrando que se descentralice la operación de los rubros de la salubridad general a estas últimas. Con esto, se logra regresar al esquema sanitario original que nace como una materia típica municipal, tratando de dar soluciones a los problemas sanitarios en el mínimo lugar donde se originan.

Así, tenemos que se abre en México una nueva perspectiva en cuanto a los servicios de salud, imponiéndole nuevas pautas que fortalecen tanto la materia sanitaria, como el pacto federal.

Estos principios, se desprenden del artículo 4° Constitucional, siendo todos de mayor importancia, ya que la articulación de materias y su desglose, se hacen con plenitud en la ley reglamentaria del propio precepto, siendo ésta la Ley General de Salud. Principios que fueron incorporados al régimen Constitucional mexicano, hasta la consagración del derecho a la protección de la salud. En este momento histórico, se asume la rectoría del Estado en la política de salud, así como coordinador y proveedor de los servicios para la prevención, fomento y recuperación de la salud. (Carbajal, Juan Alberto, México, 2010, pp.142 y 143).

Al igual, nuestra Constitución, en su artículo 4°, protege el derecho a la protección de la salud de los menores al establecer que, “Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos.

El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, p. 30).

La ley reglamentaria a este precepto Constitucional, es la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Haciendo nota con ello, que el derecho a la salud de los menores, se extiende a la posibilidad de su cabal desarrollo en un ambiente apropiado, de preferencia, aunque no en forma única, en el seno de su familia, debiendo reforzarse las acciones para atender a las menores víctimas de violencia familiar o que han sido abandonados o expuestos, de modo que se aseguren sus derechos humanos a la satisfacción de las necesidades físicas y mentales indispensables para su estado de salud. (Brena Sesma, Ingrid, México, 2014, p. 110).

No se debe olvidar, que las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud se establecen básicamente en la Ley General de Salud y sus reglamentos especiales, ya que estos instrumentos reconocen, en primer término, el deber de los padres de preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades, a la salud física y mental y la predisposición del Estado de brindar el apoyo necesario a través de instituciones públicas (Brena Sesma, Ingrid, Op. cit., pp. 100, 101 y 102).

2.7.1. El derecho a la salud.

Las expresiones derecho a la salud y derecho a la protección de la salud, son utilizadas indistintamente en los estudios y textos legales relativos al derecho a la salud.

Al elevar el derecho a la protección de la salud a rango Constitucional, el gobierno de la República, pretendió edificar una sociedad más justa, dando la base a un sólido e integrado sistema nacional de salud, que garantice a todos los mexicanos en el más breve plazo, servicios permanentes e igualitarios de salud.

Un punto que resulta importante destacar, es saber qué se entiende por “derecho a la salud”. El derecho a la salud es el conjunto de accidentes realizables con los recursos humanos, físicos y financieros disponibles, que incluyen la reorganización

de las instituciones integrales del sector salud y la administración de adecuados y eficientes sistemas de protección de todos los sectores involucrados.

Hablar de derecho a salud, equivale a ir más allá de brindar atención médica a la población abierta carente de este servicio, ya que las acciones de salud contemplan al ser humano como integrante de un grupo social, al cual, deben asegurársele los mínimos derechos de bienestar requeridos para su correcto desarrollo. Diciendo así, que el derecho a la salud de los mexicanos, consiste en gozar de prestaciones integrales de salud de la misma calidad, eficiencia y oportunidad, por medio de las instituciones competentes.

La expresión derecho a la protección de la salud, implica el esfuerzo deliberado, orientado y planeado para desarrollar acciones congruentes con las políticas y objetivos que favorezcan la implantación de programas específicos (Soberón Acevedo, Guillermo, Op. cit., p. 161).

El derecho a la protección de la salud, tiene por objeto principal, garantizar los accesos a los servicios que permitan el mantenimiento o restauración de dicho bienestar, este derecho está vinculado, por su origen, al derecho asistencial y al de la seguridad social. Al ser incluido en los textos Constitucionales, este derecho, no sólo ya no se relaciona necesariamente con la asistencia y la seguridad social, sino que adquiere rango propio, adquiere autonomía, incorporándose al lado de aquellos, en la cada vez más larga lista de los derechos sociales (Ob. cit., pp. 17 y 18).

Las principales finalidades del derecho a la protección de la salud son:

- a) El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- b) La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.

- c) La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- d) La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- e) El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- f) El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- g) El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud (Ley General de Salud, Editorial Sista, México, 2015, p. 5).

En este orden de ideas, se puede decir que, para lograr el efectivo cumplimiento al derecho a la protección de la salud, un sin número de reformas legales fueron necesarias para configurar el marco jurídico de este derecho, la más importante fue la expedición de la Ley General de Salud, la cual vino a regular de manera general, los diferentes aspectos del campo de la salud, permitiéndose así, contar con las bases y modalidades para el goce del derecho (Carbajal, Juan Alberto, Op. cit. p. 150). Es de mencionar que en la actualidad la protección de la salud está prevista por aproximadamente 350 ordenamientos que incluyen leyes, convenciones internacionales, reglamentos, decretos, acuerdos e instructivos de diferente índole.

El derecho a la salud es un derecho absoluto, su ejercicio y disfrute dependen de las condiciones en que se encuentre la sociedad. Este derecho, es considerado también un derecho fundamental, porque el sistema de prestaciones que se establece para hacerlo realidad, tiene por lo menos las tres siguientes características

1. UNIVERSALIDAD.- Esta característica deriva del carácter de derecho fundamental de la protección a la salud, es recogida también por vía directa del texto Constitucional, al designar como sujeto de derecho a toda.

2. EQUIDAD.- Esta característica implica que los servicios sanitarios públicos sean financiados principalmente por impuestos y no por el pago de cuotas de sus usuarios, salvo de aquellos que tengan capacidad económica suficientes. Con ello se busca evitar discriminaciones en el acceso, así como la consecución, por ese medio, del mandato de redistribución del ingreso y la riqueza consagrado en el artículo 25 de la misma Constitución, la no discriminación en materia de derechos sociales se encuentra explícitamente establecida en el artículo 22 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece lo siguiente:

“Los Estados partes en el presente pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.”

3. CALIDAD.- Ya que no sirve de nada un sistema sanitario que opere en pésimas condiciones de calidad, lo que puede llevar incluso no a la protección sino seguramente a su empeoramiento, resultando indispensable también para que se tenga calidad en materia de salud, la igualdad entre quienes acceden a servicios públicos de salud y de quienes lo hacen a servicios privados (Carbonell, Miguel, México, 2011, p. 181).

El derecho a la protección de la salud que ratifica la rectoría del Estado para incorporar a los grupos más necesitados y marginados a más y mejores niveles de existencia, presupone una serie de acciones, de las cuales sobresalen las siguientes:

- a) La coordinación de todos los organismos públicos, federales y locales, para que, respetando los principios federales y la naturaleza jurídica de cada uno de ellos, se mejoren y amplíen a corto plazo los servicios de salud a la población;

- b) La capacitación intensiva para elevar los niveles de servicios médicos y administrativos, y
- c) La búsqueda de la participación ciudadana organizada en el desarrollo de los programas de salud.

En un país como el nuestro, en el que se padecen problemas ancestrales de salud, y a los cuales se suman los que han provocado los avances técnicos e industriales del desarrollo acelerado, resulta obligatoria la toma de medidas inmediatas para corregirlos.

Es de resaltar que, en materia de protección de la salud, se han dado los primeros pasos fundamentales, ya que los mexicanos, todos, sin importar condiciones sociales, tienen derecho a una existencia sana y el Estado mexicano la obligación de proporcionársela (Soberón Acevedo, Guillermo, Op. cit., pp. 125 y 126). Ya que de acuerdo con la naturaleza del Estado federal mexicano, las entidades federativas y la Federación proporcionan, en sus diferentes ámbitos de competencia, servicios de salud. Sin embargo, por los recursos económicos disponibles, el mayor volumen de servicios es el ofrecido por el gobierno federal, de manera directa o a través de sus diversos organismos descentralizados (Ibíd., p. 159).

La obtención de un nivel de salud adecuado para toda la población, no es de la exclusiva responsabilidad de las instituciones que integran el sector salud, sino que requiere la participación responsable, decidida y coordinada de los encargados de la economía, la educación, el comercio, la industria, el sector agropecuario, los servicios públicos, en sus niveles federal, estatal y municipal (Ibíd., p. 165).

Concluyendo con esto, que los problemas de salud de toda sociedad dependen, en gran medida, de la forma en que las naciones han organizado sus sociedades y las metas que éstas se han fijado.

2.7.2. Consagración de los derechos relacionados con la salud en la constitución política de los estados unidos mexicanos.

La manifestación política y social del Estado mexicano, al elevar a rango máximo el derecho de todos los mexicanos a que su salud sea protegida, se suma al amplio catálogo de principios protectores de una existencia propia a la condición del ser humano. Quizás, en una tabla de prioridades, debería ser colocado en primer lugar, junto al derecho al trabajo, a la educación y a la vivienda, con los que tiene una gran relación.

En el orden Constitucional los problemas concernientes a la salud han merecido, a través de sucesivas reformas y adiciones, un encuadramiento importante.

El artículo 73 Constitucional, junto con lo dispuesto por el artículo 4° del mismo ordenamiento, son las disposiciones jurídicas que hacen referencia directa a la salud y forman la piedra angular del marco jurídico de la salud en México.

El artículo 4° Constitucional, en su parte conducente, establece:

“Artículo 4o.

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.” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, p. 30).

Mientras que, el artículo 73 señala, en su parte conducente, lo siguiente:

Artículo 73. El Congreso tiene facultad:

I. a XV.

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.

Además de los preceptos antes invocados, a lo largo de nuestra Constitución, se pueden encontrar diversas disposiciones que de manera indirecta, inciden en la protección de la salud, pudiendo mencionar a los artículos, 11, 16, 38, 115, 117 y 123, los cuales señalan en su parte conducente lo siguiente:

- a) El artículo 11 se refiere a las limitaciones de la libertad de tránsito, que imponen las leyes por salubridad general de la República, al señalar:

Artículo 11. Todo hombre tiene derecho para entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia, sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvo-conducto u otros requisitos semejantes.

El ejercicio de este derecho estará subordinado a las facultades de la autoridad judicial, en los casos de responsabilidad criminal o civil, y a las de la autoridad administrativa, por lo que toca a las limitaciones que impongan las leyes sobre emigración, inmigración y salubridad general de la República, o sobre extranjeros perniciosos residentes en el país.

En conclusión, el derecho a la salud se encuentra muy relacionado con el derecho a la libertad de tránsito, ya que la disposición legal antes invocada, tiene como finalidad prevenir enfermedades de los nacionales al ingresar extranjeros en nuestro país, o viceversa, es decir se pretende prevenir males mayores y de anteponer el bien común al bien individual.

- b) El artículo 16, regula la facultad que tiene la autoridad administrativa para cerciorarse de que se han cumplido los reglamentos sanitarios, al señalar:

Artículo 16. Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal de procedimiento.

La autoridad administrativa podrá practicar visitas domiciliarias únicamente para cerciorarse de que se han cumplido los reglamentos sanitarios y de policía; y exigir la exhibición de los libros y papeles indispensables para comprobar que se han acatado las disposiciones fiscales, sujetándose en estos casos, a las leyes respectivas y a las formalidades prescritas para los cateos.

Al vigilarse el cumplimiento de los reglamentos sanitarios, se está tratando de prevenir enfermedades, ayudando con ello, a la preservación de la salud de los nacionales.

- c) El artículo 115 hace referencia al agua potable, alcantarillado y servicio de limpia, servicios públicos que ayudan a la conservación y preservación de la salud de la población en general, esto al señalar lo siguiente:

Artículo 115. Los Estados adoptarán, para su régimen interior, la forma de gobierno republicano, representativo, popular, teniendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa el Municipio Libre, conforme a las bases siguientes:

I. a II.

III. Los Municipios tendrán a su cargo las funciones y servicios públicos siguientes:

- a) Agua potable, drenaje, alcantarillado, tratamiento y disposición de sus aguas residuales;
- b) Limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos; Rastro.
- c) El artículo 117 hace referencia al alcoholismo y al tabaco, considerados éstos, dañinos para la salud, al señalar:

Artículo 117. Los Estados no pueden, en ningún caso:

I. a VIII.

IX. Gravar la producción, el acopio o la venta del tabaco en rama, en forma distinta o con cuotas mayores de las que el Congreso de la Unión autorice.

El Congreso de la Unión y las Legislaturas de los Estados dictarán, desde luego, leyes encaminadas a combatir el alcoholismo.

- d) El artículo 123 hace referencia a la salud ocupacional. Este numeral es rico en disposiciones que tienden a la protección de la salud del individuo, pero para los fines del presente estudio, haremos mención de las disposiciones que señalan expresamente los conceptos de salud, las cuales son:

Artículo 123. Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley.

El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán:

A. Entre los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo:

I. a IV.

V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos;

VI. a XI.

XII.

...Queda prohibido en todo centro de trabajo el establecimiento de expendios de bebidas embriagantes y de casas de juegos de azar.

XIII.

XIV. Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patronos deberán pagar la

indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aun en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario;

XV. El patrono estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas. Las leyes contendrán, al efecto, las sanciones procedentes en cada caso;

XVI. a XXVIII.

XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

XXX.

XXXI. La aplicación de las leyes del trabajo corresponde a las autoridades de los Estados, en sus respectivas jurisdicciones, pero es de la competencia exclusiva de las autoridades federales en los asuntos relativos a:

B. Entre los Poderes de la Unión, el Gobierno de la ciudad de México y sus trabajadores:

I. a X.

XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

- a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.
- b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.
- c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieran adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.
- d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la ley.

Como puede observarse, los preceptos señalados anteriormente, son muestra de la gran preocupación que a lo largo de la historia el constituyente ha tenido para que en nuestra Carta Magna, se plasmaran de manera directa o indirecta, disposiciones que tienden a la protección de la salud del individuo.

Además de las disposiciones Constitucionales antes invocadas, resulta importante destacar que el derecho a la protección de la salud, consagrado en el artículo 4° Constitucional, tiene una gran relación con otros derechos también consagrados en la propia Constitución, entre ellos, los siguientes:

- a) El derecho de protección a la vida.- Toda vez, que la vida es el único valor que le precede a la salud, puesto que la salud, tiene como finalidad preservar la vida, a efecto de lograr un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La relación que tienen ambos derechos, tanto el de protección a la vida como el de protección a la salud, es íntima y el derecho a la salud significa únicamente un peldaño atrás en la escala de derechos consagrados constitucionalmente, aunque se debe aclarar que en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a la protección a la vida no se contiene en forma expresa dentro del catálogo de garantías, sino se desprende como principio implícito de la misma, desde el momento en que sólo se señalan excepciones a ese mismo derecho, en el texto del artículo 22 y en el artículo 14 Constitucionales (Carbajal, Juan Alberto, Op. cit., p. 159).

- b) El derecho a la protección de la libertad y dignidad humana.- Además de ser un derecho social, el derecho a la protección de la salud, encierra en sí mismo, una garantía de seguridad pública. Solamente que magnificado en cuanto a sus alcances, proyección y fines sociales, expresando un sentido de integración dentro de su naturaleza jurídica, para con los grupos más abandonados. En este contexto, al referirse a la protección de la libertad representa una relación amplia con el derecho a la protección de la salud, ya que éste tiene su esencia en la libertad misma, entendida ésta en su sentido más amplio, por lo que dentro de nuestra Constitución se encuentran diversas disposiciones que, aunque no hacen de manera expresa un señalamiento a la protección de la salud, sus repercusiones inciden en esta misma (Op. cit., p. 159).
- c) Derecho a la protección del medio ambiente.- Este derecho es reconocido como uno de los derechos sociales, debiendo precisar la tesis mexicana acerca de la propiedad originaria del Estado de todos los elementos componentes de su territorio, la cual se encuentra sustentada en el artículo

27. Así, el Estado mexicano se ha preocupado por tener una base Constitucional respecto a la protección del medio ambiente, consagrándolo en el referido precepto, y expidiendo ordenamientos regulatorios de la materia de diversa índole, tales como la Ley General de Salud, la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente, siendo las principales ejecutoras de esta política, la Secretaría de Desarrollo Social y la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales, compartiendo ciertos aspectos pero sólo en el punto relativo a la salud ambiental humana, con la Secretaría de Salud.

- d) Seguridad social.- La seguridad social es una de las materias con lo que principia el derecho a la protección de la salud, destacando la prestación de los servicios de salud para los trabajadores, todos ellos bajo un régimen específico contemplado en el artículo 123.

Es inexacto que el derecho a la protección de la salud se identifique con la seguridad social, toda vez que la seguridad social sólo enfoca una parte del derecho a la protección de la salud, ya que mientras la seguridad social tiende a proteger a la población laboral, el derecho a la protección de la salud pretende llegar a todos los individuos, dentro del marco de las garantías sociales, lo cual puntualiza un concepto integral de su ámbito de validez.

- e) Derecho a la protección de la familia.- La Constitución se ha preocupado por la protección de la familia, la cuál ha sido considerada doctrinalmente como el núcleo básico del desarrollo social del pueblo de México, así como los integrantes individuales de la misma, haciendo énfasis en los menores, fundamentándose lo anterior en el concepto sociológico y filosófico-jurídico de que todos los seres humanos son iguales entre sí, pero sus condiciones de sexo y de edad presentan una problemática distinta. Fue por ello que el poder reformador de la Constitución acuñó el concepto de la protección Constitucional de la familia en los términos del artículo 4º, párrafos primero, segundo y final de la Constitución.

- f) Derecho de asociación.- Este derecho tiene especial significación en relación con la salud, desde el momento en que muchos de los servicios de salud se encuentran prestados y organizados por particulares y por integrantes del sector social que han unido esfuerzos en diversas asociaciones y agrupaciones que son protegidas por la ley, en sus distintos aspectos.
- g) Protección al derecho del trabajo.- La materia del trabajo en su tratamiento Constitucional es muy amplia, pero en ciertos puntos está íntimamente relacionada con la protección de la salud, tal como es el caso del establecimiento de una jornada laboral, la prohibición de las labores insalubres o peligrosas, etc., al tenor del artículo 123 (Ibíd., p. 164).
- h) Derecho a la libertad de tránsito.- Este derecho se encuentra limitado por la aplicación de disposiciones sanitarias, para lograr la prevención de males mayores y de anteponer el bien común al bien individual. tal como lo consagra el artículo 11 (Ibíd.).

2.8. La ley general de salud.

Fue Miguel de la Madrid Hurtado, quien promovió la reforma jurídica estructural y operativa en el campo de la salud, sometiendo a consideración del Poder Legislativo Federal la iniciativa de la Ley General de Salud, disposición que fue aprobada por el Congreso de la Unión el día 26 de diciembre de 1983, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 7 de febrero de 1984, y entrando en vigor el 1o. de julio del mismo año.

La Ley General de Salud, es el ordenamiento que reglamenta el derecho a la protección de la salud, derecho que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. Constitucional, estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

En general, se puede decir que la Ley General de Salud, es el ordenamiento legal que define la naturaleza del derecho a la protección de la salud, establece las bases legales del sistema nacional de salud y la distribución de competencias entre el gobierno federal y los gobiernos de los Estados, compuesta de normas jurídicas perfectas y de una buena dosis de normas programáticas, que aunque no tiene efectos vinculantes, comprometen la acción del Estado.

La Ley General de Salud se encuentra constituida de 472 artículos, los cuales se encuentran debidamente repartidos en diecinueve títulos, que a su vez, se clasifican en capítulos. Así, la Ley General de Salud, se estructura de la siguiente manera:

- a) TÍTULO PRIMERO.- Este título se encuentra integrado por un solo capítulo, denominado disposiciones generales, en el cual, se regulan las finalidades del derecho a la protección de la salud, como el fomento en la población de actitudes racionales, responsables y solidarias que, basadas en el conocimiento de los efectos de la salud sobre la vida individual y social, coadyuvan al mejoramiento de la calidad de vida.
- b) TÍTULO SEGUNDO.- Denominado Sistema Nacional de Salud, el cual se encuentra constituido de un solo capítulo, llamado disposiciones comunes, y que se encarga de regular todo lo referente al Sistema Nacional de Salud, su constitución, sus objetivos, su coordinación, y la competencia de las autoridades sanitarias en la planeación, regulación, organización y funcionamiento del referido Sistema.
- c) TÍTULO TERCERO.- Denominado prestación de los servicios de salud, constituido de cuatro capítulos, los cuales son:

CAPÍTULO I. Disposiciones generales.- Establece que los servicios de salud, son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad, los cuales se clasifican en servicios de salud de atención médica; de salud pública, y de asistencia social.

CAPÍTULO II. Atención médica.- Establece que la atención médica, es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, regulando las actividades de atención médica.

CAPÍTULO III. Prestadores de servicios de salud.- Se encarga de regular la clasificación de los servicios de salud, los cuales se clasifican en servicios públicos a la población en general; servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, prestan las mismas instituciones a otros grupos de usuarios; servicios sociales y privados, y algunos otros que se presten de conformidad con lo que establece la autoridad sanitaria.

CAPÍTULO IV. Usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad.- Regula lo referente a los destinatarios de los servicios de salud, indicando que los servicios de salud, van destinados a toda aquella persona que requiera y obtenga los servicios que presten los sectores público, social y privado, teniendo derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud.

CAPÍTULO V. Atención materno-infantil.- La ley da a esta área un carácter prioritario, estableciendo que la atención materno-infantil comprende la atención médica de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio; la atención y vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños; el bienestar familiar; la detección de enfermedades y el fomento de acciones para diagnosticar y ayudar a resolver enfermedades en las escuelas públicas y privadas.

CAPÍTULO VI. Servicios de planificación familiar.- Se encarga de regular las actividades necesarias para difundir la información y orientación educativa a los adolescentes y jóvenes. Establece que para lograr disminuir el riesgo reproductivo,

se debe informar a la mujer y al hombre sobre el embarazo y dar una información anticonceptiva oportuna, eficaz y completa a la pareja.

CAPÍTULO VII. Salud mental.- Regula el área de salud mental, estableciendo los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

d) TÍTULO TERCERO BIS.- Denominado, de la protección social en salud, el cual se encuentra constituido de diez capítulos, llamados:

CAPÍTULO I. Disposiciones generales.- Dentro de este capítulo se establece el derecho de los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, sin importar su condición social, siendo este Sistema el mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria, según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas, profesionales y aceptabilidad social.

CAPÍTULO II. De los beneficios de la protección social en salud.- Establece los requisitos que deben satisfacer los miembros de una familia para obtener los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud.

CAPÍTULO III. De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud.- Establece que para sustentar el Sistema de Protección Social en Salud, el Gobierno Federal y los gobiernos de los Estados y del centro del país efectuarán aportaciones solidarias por familia beneficiaria.

CAPÍTULO IV. Del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad.- Estable la obligación de la Secretaría de Salud para determinar el monto anual y la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad.

CAPÍTULO V. De las cuotas familiares.- Regula lo referente a la participación de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, los cuales participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales, progresivas y determinadas con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia.

CAPÍTULO VI. Del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.- Se encarga de regular los gastos catastróficos que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfacen las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas, profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.

CAPÍTULO VII. De la transparencia, control y supervisión del manejo de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud.- Regula el financiamiento solidario del Sistema de Protección Social en Salud, entre la Federación, los Estados y el centro del país.

CAPÍTULO VIII. Del Consejo Nacional de Protección Social en Salud.- Se encarga de regular lo referente al Consejo Nacional de Protección Social en Salud como órgano colegiado consultivo de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud.

CAPÍTULO IX. Derechos y obligaciones de los beneficiarios.- Dentro de este capítulo, se establecen los derechos y obligaciones que tienen los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud para recibir los servicios de salud, medicamentos e insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local.

CAPÍTULO X. Causas de suspensión y cancelación al Sistema de Protección Social en Salud.- Se establecen las causas por las que se puede suspender, cancelar y reincorporar la cobertura de protección social en salud a cualquier familia beneficiaria.

- e) TÍTULO CUARTO.- Llamado recursos humanos para los servicios de salud, el cual, se encuentra constituido de tres capítulos y que se denominan:

CAPÍTULO I. Profesionales, técnicos y auxiliares.- Establece las disposiciones para el debido ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares, y de las especialidades para la salud:

CAPÍTULO II. Servicio social de pasantes y profesionales.- Se encarga de regular lo referente al servicio social que todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deben prestar.

CAPÍTULO III. Formación, capacitación y actualización del personal.- Establece las normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud. Así como las recomendaciones que en el tema realicen las autoridades educativas.

- f) TÍTULO QUINTO.- Denominado investigación para la salud, el cual, se encuentra constituido de un solo capítulo, llamado único, y que establece los lineamientos a seguir para la investigación e información necesaria para el

proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud.

g) TÍTULO SEXTO.- Llamado Información para la salud, constituido de un solo capítulo, denominado único, el cual, se encarga de regular todo lo referente a la información para la salud, determinando que es la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, de conformidad con la Ley de Información Estadística y Geográfica y con los criterios que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los que captarán, producirán y procesarán la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública.

h) TÍTULO SÉPTIMO.- Llamado promoción de la salud, el cual se encuentra constituido de cinco capítulos denominados:

CAPÍTULO I. Disposiciones comunes.- Regula todo lo referente a la promoción para la salud y sus áreas que comprende. Estableciendo que su objeto principal, es crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población, además de propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

CAPÍTULO II. Educación para la salud.- Capítulo en el que se regula todo lo referente a la educación para la salud, estableciendo que su objeto primordial, consiste en que la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, formule, proponga y desarrolle los programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

CAPÍTULO III. Nutrición.- Regula todo lo referente a la nutrición de la población, estableciendo para este fin, programas de alimentación, los cuales, serán

formulados por la Secretaría de Salud, las entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas.

CAPÍTULO IV. Efectos del ambiente en la salud.- Se encarga de regular todo lo referente a la protección de la salud humana ante los riesgos y daños dependientes de las condiciones del ambiente, para lo cual la Secretaría de Salud tiene que coordinarse con la Secretaría de Desarrollo Social.

CAPÍTULO V. Salud ocupacional.- Regula lo referente al trabajo o cualquier tipo de actividad, siempre y cuando se realicen en centros de trabajo cuyas relaciones laborales estén sujetas al apartado "A" del artículo 123 Constitucional, ajustándose siempre a las normas que al efecto dicten las autoridades sanitarias, difundiendo información que permita prevenir y controlar las enfermedades y accidentes ocupacionales. También establece las reglas que deben cumplir, los estudios para adecuar los instrumentos y equipos de trabajo a las características del hombre y; llevar a cabo programas tendientes a prevenir accidentes y enfermedades de trabajo.

- i) TÍTULO OCTAVO.- Llamado prevención y control de enfermedades y accidentes, constituido de cuatro capítulos denominados:

CAPÍTULO I. Disposiciones comunes.- Regula la prevención y control de enfermedades y accidentes, sin perjuicio de lo que dispongan las leyes laborales y de seguridad social en materia de riesgos de trabajo. CAPÍTULO II. Enfermedades transmisibles.- Regula las actividades de la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, respecto a la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles, para lo cual, señala cuáles son éstas, los programas o campañas creados para el control o erradicación de las mismas y las obligaciones de los profesionales de la medicina para dar aviso a las autoridades sanitarias en caso de su padecimiento.

CAPÍTULO III. Enfermedades no transmisibles.- Se encarga de regular las actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles de la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas.

Estableciendo para ello, las medidas para prevenirlas y controlarlas.

CAPÍTULO IV. Accidentes.- Se encarga de regular todo lo referente a accidentes, así como las acciones para prevenirlos y controlarlos, entendiendo por accidente, el hecho súbito que ocasione daños a la salud, y que se produzca por la concurrencia de condiciones potencialmente previsibles.

- j) TÍTULO NOVENO.- Denominado asistencia social, prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos, el cual, solamente se encuentra constituido de un solo capítulo, denominado único, en el que se regula lo referente a la asistencia social, entendiendo como tal al conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Respecto a la invalidez, establece que es la limitación en la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social. También establece las reglas para la rehabilitación de inválidos. Regulando también, las actividades básicas y el tipo de personas que tienen derecho a recibir los servicios antes referidos.

- k) TÍTULO DÉCIMO.- Denominado acción extraordinaria en materia de salubridad general, constituido de un solo capítulo, llamado único, el cual establece las medidas indispensables para prevenir y combatir daños a la salud cuando se presente una epidemia de carácter grave, peligro de invasión

de enfermedades transmisibles, situaciones de emergencia o catástrofe que afecten al país.

- I) TÍTULO DÉCIMOPRIMERO.- Llamado programa contra las adicciones, mismo que se encuentra constituido de cuatro capítulos denominados:

CAPÍTULO I. Consejo Nacional contra las Adicciones.- Regula todo lo referente al Consejo Nacional Contra las Adicciones, su integración y sus funciones, mismo que fue creado para promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones.

CAPÍTULO II. Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas.- Se encarga de regular lo referente a la ejecución del programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, las áreas que comprende y las causas que lo originan.

CAPÍTULO III. Programa contra el tabaquismo.- Se encarga de regular todo lo referente a la ejecución del programa contra el tabaquismo, las acciones que comprende y la atención que se les debe dar a fumadores que deseen abandonar el hábito.

CAPÍTULO IV. Programa contra la farmacodependencia.- Se encarga de regular todo lo referente a la ejecución del programa contra el fármaco dependencia a través de diversas acciones y la elaboración de un Programa Nacional contra la Farmacodependencia. Reglamenta además, la prescripción de medicamentos que contengan sustancias que puedan producir dependencia, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

m) TÍTULO DÉCIMOSEGUNDO.- Llamado control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación, el cual, se encuentra constituido de trece capítulos denominados:

CAPÍTULO I. Disposiciones comunes.- Se encarga de regular lo referente al control sanitario, entendiendo como tal, al conjunto de acciones de orientación, educación, muestreo, verificación y, en su caso, aplicación de medidas de seguridad y sanciones, que ejerce la Secretaría de Salud con la participación de los productores, comercializadores y consumidores.

Establece además, lo concerniente a los insumos para la salud; a los establecimientos que requieren autorización sanitaria; a la verificación y control sanitario que requieren los establecimientos; al cambio de propietario, denominación o razón social y a la suspensión de actividades, trabajos o servicios.

CAPÍTULO II. Alimentos y bebidas no alcohólicas.- Regula todo lo referente a alimentos y bebidas no alcohólicas. Se entiende por alimento a cualquier sustancia o producto, sólido o semisólido, natural o transformado, que proporcione al organismo elementos para su nutrición y, por bebida no alcohólica a cualquier líquido, natural o transformado, que proporcione al organismo elementos para su nutrición.

CAPÍTULO III.- Bebidas alcohólicas.- Capítulo que regula lo referente a bebidas alcohólicas, sus características de envasado y su restricción de venta a menores de edad. Se entiende por bebidas alcohólicas, a aquellas bebidas, que contengan alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen.

CAPÍTULO IV. Medicamentos.- Se encarga de regular todo lo referente a medicamentos, entendiendo como tales a toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o de rehabilitación, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por

su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Cuando un producto contenga nutrimentos, será considerado como medicamento, siempre que se trate de un preparado que contenga de manera individual o asociada: vitaminas, minerales, electrolitos, aminoácidos o ácidos grasos, en concentraciones superiores a las de los alimentos naturales y además se presente en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso contemple efectos terapéuticos, preventivos o de rehabilitación. A grandes rasgos, regula su clasificación, su venta y suministro al público, su elaboración y producción, sus restricciones de envasado y la autorización para utilizarlos.

CAPÍTULO V. Estupefacientes.- Regula todo lo referente a estupefacientes, proporcionando una lista de los mismos, sus restricciones de suministro; su empleo, uso y consumo, los requisitos para su comercialización y tráfico y, su prescripción.

CAPÍTULO VI. Sustancias psicotrópicas.- Se encarga de regular todo lo referente a las sustancias psicotrópicas, menciona cuáles son éstas, establece las medidas de control y vigilancia que deberán adoptar las autoridades sanitarias y la clasificación de las mismas. Así como sus restricciones de suministro, su empleo, uso y consumo; los requisitos para su comercialización y tráfico, así como su prescripción.

CAPÍTULO VII. Establecimientos destinados al proceso de medicamentos.- Se regula todo lo referente a los establecimientos que se destinan al proceso de medicamentos, su clasificación y los requisitos que debe cubrir el responsable y el personal encargado del mismo.

CAPÍTULO VIII. Equipos médicos, prótesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos.- Regula todo lo referente a las áreas de equipo médico, prótesis, y ayudas funcionales, agentes de diagnóstico; insumos de uso

odontológico; materiales quirúrgicos y de curación y los productos higiénicos, la forma de envasarlos y distribuirlos.

CAPÍTULO IX. Productos de perfumería y belleza.- Regula todo lo referente a los productos de perfumería y belleza, las instrucciones para su empleo o publicidad y su forma de envasado. Se consideran como productos de perfumería y belleza, a los productos destinados a modificar el olor natural del cuerpo humano; a los destinados a preservar o mejorar la apariencia personal; a los destinados al aseo de las personas, y a los repelentes que se apliquen directamente a la piel.

CAPÍTULO X. Productos de aseo.- Regula lo referente a los productos de aseo, sus requisitos de empaçado y de envasado. Se entiende por productos de aseo, a las sustancias destinadas al lavado o limpieza de objetos, superficies o locales y a las que proporcionen un determinado aroma al ambiente. Entre los que se pueden mencionar a los jabones, detergentes, limpiadores, blanqueadores, almidones para uso externo, desmanchadores, desinfectantes, desodorantes y aromatizantes ambientales,

CAPÍTULO XI. Tabaco.- Se encarga de regular todo lo referente al tabaco, la forma de etiquetarlo, empacarlo y envasarlo para su expedición y venta.

Así mismo, las restricciones de su venta, de su distribución en establecimientos públicos y de consumo en determinados lugares.

CAPÍTULO XII. Plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas o peligrosas.- establece todo lo referente a plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias peligrosas y tóxicas, explicando cada uno de ellos. Estableciendo, además, que es la Secretaría de Salud la que determina cuáles son éstos, emite normas oficiales para el proceso, uso y aplicación de los mismos y su forma de envasado.

CAPÍTULO XII BIS. Productos biotecnológicos.- Se encarga de regular todo lo referente a los productos biotecnológicos, entendiendo como tales, a los alimentos, ingredientes, aditivos, materias primas, insumos para la salud, plaguicidas, sustancias tóxicas o peligrosas, y sus desechos, en cuyo proceso intervengan organismos vivos o parte de ellos, modificados por técnica tradicional o ingeniería genética.

CAPÍTULO XIII. Importación y exportación.- Se encarga de regular lo referente a las obligaciones de la Secretaría de Salud, para el control sanitario de los productos y materias primas de importación y exportación, incluyendo la identificación, naturaleza y características de los productos respectivos.

n) TÍTULO DÉCIMOTERCERO.- Llamado Publicidad, constituido de un solo capítulo denominado único, y que establece la competencia de la Secretaría de Salud para dar su autorización respecto a la publicidad para el tratamiento de las enfermedades, de la rehabilitación de los inválidos, del ejercicio de las disciplinas para la salud; para promover el uso, venta o consumo en forma directa o indirecta de los insumos para la salud; de las bebidas alcohólicas y el tabaco; de medicamentos, remedios herbolarios, equipos médicos, prótesis, ayudas funcionales e insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos y de curación y agentes de diagnóstico.

o) TÍTULO DÉCIMOCUARTO.- Llamado donación, trasplantes y pérdida de la vida, constituido de cinco capítulos denominados:

CAPÍTULO I.- Disposiciones comunes.- Se encarga de regular todo lo referente al control sanitario de donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos, por conducto del órgano desconcentrado denominado Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Así como la regulación y el control sanitario sobre cadáveres.

CAPÍTULO II.- Donación.- Establece todo lo referente a los trasplantes, manifestando que toda persona es disponente de su cuerpo y podrá donarlo, total o parcialmente, para lo cual se encarga de establecer las normas necesarias, los requisitos para la donación en materia de órganos, tejidos, células y cadáveres y la prohibición para el comercio de los mismos.

CAPÍTULO III.- Trasplante.- Se regula todo lo referente a los trasplantes de órganos, tejidos y células en seres humanos vivos y donantes muertos, siempre y cuando sean cubiertos los requisitos que la propia ley señala.

También establece las restricciones de la donación y los requisitos que deben cubrir los profesionales de la salud, para la extracción de órganos y tejidos o en trasplantes. Para el control de ésta área, fue creado el Centro Nacional de Trasplantes.

CAPÍTULO IV.- Pérdida de la vida.- Se encarga de regular todo lo referente a la pérdida de la vida, la cual se presenta, en la muerte cerebral, la ausencia completa y permanente de conciencia; la ausencia permanente de respiración espontánea; la ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y el paro cardiaco irreversible.

CAPÍTULO V.- Cadáveres.- Regula todo lo referente a los cadáveres, los cuales no pueden ser objeto de propiedad y siempre serán tratados con respeto, dignidad y consideración, clasificándolos en personas conocidas y personas desconocidas. Establece, además, las reglas para la inhumación, incineración o embalsamamiento de cadáveres, su traslado, la práctica de necropsias y su utilización con fines de docencia e investigación,

p) TÍTULO DÉCIMOQUINTO.- Denominado sanidad internacional, constituido de tres capítulos, llamados:

CAPÍTULO I. Disposiciones comunes.- Se encarga de regular lo referente a los servicios de sanidad internacional, los cuales serán operados por la Secretaría de Salud. Las actividades de sanidad internacional apoyarán a los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica y de regulación, control y fomento sanitarios, la misma Secretaria formulará la lista de los puertos aéreos y marítimos y de las poblaciones fronterizas abiertas al tránsito internacional, donde se llevará a cabo la vigilancia sanitaria, establecerá estaciones de aislamiento y vigilancia sanitarios en los lugares que determine y restringirá la salida de todo tipo de vehículos, personas, animales, objetos o substancias, que representen un riesgo para la salud de la población del lugar de su destino.

CAPÍTULO II. Sanidad en materia de migración.- Capítulo que establece que cuando así lo estime conveniente la autoridad sanitaria, someterá a examen médico a cualquier persona que pretenda entrar al territorio nacional, estableciendo que no podrán internarse al territorio nacional, hasta en tanto cumplan con los requisitos sanitarios, las personas que padezcan alguna de las siguientes enfermedades: peste, cólera o fiebre amarilla.

CAPÍTULO III. Sanidad marítima, aérea y terrestre.- Se encarga de regular lo referente a la sanidad marítima, aérea y terrestre, estableciendo que es la autoridad sanitaria la que otorgará libre plática a las embarcaciones cuando juzgue que el arribo no dará lugar a la introducción o a la propagación de una enfermedad o daño a la salud. Se obliga a las embarcaciones mexicanas, a las aeronaves, vehículos terrestres de transporte de pasajeros y los ferrocarriles, a someterse a desinfección y desratización periódica. Obligando a las embarcaciones y aeronaves procedentes del extranjero con destino al territorio nacional, así como las que partan del territorio nacional al extranjero, a estar provistas de la documentación sanitaria exigida por los tratados y convenciones internacionales.

q) TÍTULO DÉCIMOSEXTO.- Llamado autorizaciones y certificados, constituido de tres capítulos, denominados:

CAPÍTULO I. Autorizaciones.- Regula lo referente a la autorización sanitaria, entendida ésta, como el acto administrativo mediante el cual la autoridad sanitaria competente permite a una persona pública o privada, la realización de actividades relacionadas con la salud humana. Las autorizaciones sanitarias, tienen, ya sea el carácter de licencias, de permisos, de registros, o bien, de tarjetas de control sanitario, las cuales serán otorgadas por la Secretaría de Salud o por los gobiernos de las entidades federativas.

CAPÍTULO II. Revocación de autorizaciones sanitarias.- Este capítulo establece en qué casos las autoridades sanitarias podrán revocar las autorizaciones que hayan otorgado.

CAPÍTULO III. Certificados.- Regula lo referente a los certificados, entendidos éstos, como las constancias expedidas en los términos que establezcan las autoridades sanitarias competentes, para la comprobación o información de determinados hechos. Entre los que se pueden mencionar a los certificados prenupciales; de defunción; de muerte fetal, y de exportación, siendo éstos, extendidos en base a los modelos aprobados por la Secretaría de Salud y las normas oficiales mexicanas.

- r) TÍTULO DECIMOSÉPTIMO.- Llamado vigilancia sanitaria, el cual se encuentra constituido de un solo capítulo, denominado único, en el que se establecen todas las obligaciones que tienen las autoridades sanitarias para vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud y demás disposiciones que se dicten con base en ella, las cuales se llevarán a cabo a través de visitas de verificación, teniendo los verificadores actividades de orientación, educación y aplicación, cumpliendo con determinados requisitos en la práctica de dichas visitas.

- s) TÍTULO DÉCIMOCTAVO.- Llamado medidas de seguridad, sanciones y delitos, constituido de seis capítulos, denominados:

CAPÍTULO I. Medidas de seguridad sanitaria.- Regula lo referente a las medidas de seguridad que dicta la autoridad sanitaria competente y su forma de aplicación, con el único fin de proteger la salud de la población.

CAPÍTULO II. Sanciones administrativas.- Establece las sanciones administrativas impuestas por las autoridades sanitarias, ya sea por violaciones a los preceptos de la Ley General de Salud, a sus reglamentos o a las demás disposiciones que emanen de ella. Señala, además, cuáles son éstas y su monto; los casos en que procede la clausura, ya sea temporal o definitiva, parcial o total, según la gravedad de la infracción y las características de la actividad o establecimiento; así como los casos en que procede el arresto hasta por treinta y seis horas.

CAPÍTULO III. Procedimiento para aplicar las medidas de seguridad y sanciones.- Establece los criterios bajo los cuales se sujetará el ejercicio de las facultades discrecionales por parte de la autoridad sanitaria; señala los principios jurídicos y administrativos a los que se sujetarán los procedimientos que se establecen en esta ley, tales como la legalidad; la imparcialidad; la eficacia; la economía y la probidad.

CAPÍTULO IV. Recurso de inconformidad. - Se establece que contra actos y resoluciones de las autoridades sanitarias, los interesados podrán interponer el recurso de inconformidad. Indica el plazo para interponerlo, ante qué autoridad, los requisitos de forma que debe contener el escrito y los documentos que deben acompañarlo, así como las pruebas que serán admitidas en dicho recurso.

CAPÍTULO V. Prescripción.- Este capítulo se encarga de regular los términos de prescripción y la forma de interponerla.

CAPÍTULO VI. Delitos.- Se encarga de señalar cuáles son los delitos en materia de salud, las penas que ameritan la comisión de los mismos, así como las penas, en caso de reincidencia.

En conclusión, el derecho a la protección de la salud se debe relacionar con la prestación misma de los servicios que, por primera vez, se regulan en un ordenamiento legal. Al efecto, es pertinente destacar que quedan sujetos a la regulación de la ley todos los servicios de salud que se proporcionan en el país, cualquiera que sea el carácter de los prestadores, sin perjuicio de los ordenamientos legales que rigen la organización y funcionamiento de las instituciones de salud respectivas.

Las condiciones que propicien mejores posibilidades de salud conciernen a todos los miembros de la sociedad, por ello, la ley considera a los usuarios de los servicios de salud sujetos activos en la operación de los mismos y previene, además, la participación de la comunidad a través de diversas modalidades que, con carácter ejemplificativo, se enuncian.

Como puede observarse, la Secretaría de Salud es la encargada, generalmente, de vigilar el cumplimiento, por parte del gobierno, de garantizar el derecho a la salud de todos los mexicanos, por lo que cuenta con un ordenamiento legal que regula sus funciones denominado Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, el cual, se encuentra integrado por 56 artículos y fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 19 de enero del 2004.

En este reglamento se establece la competencia y organización de la Secretaría de Salud como dependencia del Poder Ejecutivo Federal, la cual, tiene a su cargo el desempeño de las atribuciones y facultades que le confieren la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley General de Salud y otras leyes, así como los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del Presidente de la República, Al frente de la Secretaría de Salud está el Titular del Despacho, quien, para desempeñar sus funciones, se auxilia de las unidades administrativas, del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud, del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, de los Órganos desconcentrados y de un Órgano Interno de Control.

2.9. Disposiciones complementarias.

Además de las disposiciones legales invocadas en el punto que antecede, el derecho a la protección de la salud se encuentra regulado y relacionado con otros ordenamientos legales, entre los que se pueden mencionar a:

2.9.1. La Ley de Asistencia Social.

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 02 de septiembre del 2004. Resulta importante destacar que ésta ley, entiende como servicios básicos de salud, en materia de asistencia social, la promoción del desarrollo, el mejoramiento y la integración de la familia y el fomento de acciones de paternidad responsable que proporcione la preservación de los derechos de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental, a través del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (DIF).

El DIF realiza acciones de prevención y protección a menores sometidos a cualquier forma de maltrato que ponga en riesgo su salud física y mental (Legislación Civil Federal, Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, pp. 363, 364, 366 y 367).

2.9.2. La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 29 de diciembre de 1976. En su parte conducente, específicamente en su artículo 39, encarga a la Secretaría de Salud las funciones relativas a la organización, regulación y operación de los servicios de salud. Estructura las funciones Constitucionales del poder público y define a la Secretaría de Salud como el órgano rector de la política de salud (Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 2005, pp. 7, 8, 32, 33 y 34).

2.9.3. La Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 28 de enero de 1988.

En esta ley, también se protege el derecho a la salud, ya que regula lo referente a la preservación y restauración del equilibrio ecológico y la protección al ambiente. Teniendo como su principal objeto, el de establecer las bases para garantizar el derecho de toda persona a vivir en un medio ambiente adecuado para su desarrollo, salud y bienestar. Se establecen, además, las bases para cumplir con los objetivos de la política ambiental, la planeación del desarrollo urbano y la vivienda, cuidando que éstos, no representen riesgos o daños a la salud de la población y que se afecten áreas con alto valor ambiental.

La Secretaría de Ecología trabaja conjuntamente con las Secretarías de Energía, de Economía, de Salud, de Gobernación, del Trabajo y Previsión Social y de Desarrollo Social, tratando de conservar la salud de la población, al regular las actividades altamente riesgosas, para prevenir accidentes en la realización de tales actividades, que puedan causar graves desequilibrios ecológicos (Legislación de Ecología, Ley General de Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente, Op. cit., pp. 3, 22 a 27).

2.9.4. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el día 7 de marzo del 2000. En esta ley, se regulan los derechos de las personas adultas mayores, en materia de salud, estableciendo las bases y disposiciones para su cumplimiento.

Contempla a la geriatría, entendida ésta, como la especialidad médica dedicada al estudio de las enfermedades propias de las personas adultas mayores. Uno de los principales objetos de esta ley, es garantizar a las personas adultas el derecho a la salud, a la alimentación y a la familia, logrando con ello, que las personas adultas

mayores, tengan acceso preferente a los servicios de salud. Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional. Así mismo, garantiza que las personas adultas mayores reciban orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, y todo aquello que favorezca su cuidado personal, teniendo el Estado la obligación de garantizar las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social, correspondiendo a las instituciones públicas del sector salud, garantizar a las personas adultas mayores el derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica (Legislación Civil Federal, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2005, pp. 301, 303, 306 y 307).

2.9.5. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el día 31 de enero del 2000. Esta ley, se fundamenta en el párrafo sexto del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuyo objeto principal es el de garantizar a niñas, niños y adolescentes la tutela y el respeto de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución.

En materia de salud, la ley contempla como principal obligación de los ascendientes, tutores y custodios la de proporcionar a los menores una vida digna, garantizarles la satisfacción de alimentación, así como el pleno y armónico desarrollo de su personalidad en el seno de la familia, la escuela, la sociedad y las instituciones.

Regula las principales actividades de las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales, en el ámbito de sus respectivas competencias, para hacer valer el derecho a la salud de las niñas, niños y adolescentes, quienes tendrán la obligación de:

- a) Reducir la mortalidad infantil.

- b) Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud.
- c) Promover la lactancia materna.
- d) Combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada.
- e) Fomentar los programas de vacunación.
- f) Ofrecer atención pre y post natal a las madres.
- g) Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del sida, impulsando programas de prevención e información sobre ellas.
- h) Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.
- i) Disponer lo necesario para que niñas, niños y adolescentes con discapacidad, reciban la atención apropiada a su condición, que los rehabilite, les mejore su calidad de vida, les reincorpore a la sociedad y los equipare a las demás personas en el ejercicio de sus derechos.
- j) Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de infantes y adolescentes víctimas o sujetos de violencia familiar (Legislación Civil Federal, Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, 2005, pp. 375, 378, 379, 380 y 381).

CAPITULO III: Implementación de las políticas para la atención de los servicios de salud pública en materia reproductiva y sexual.

3.1. Primera incorporación de los componentes de la Salud Reproductiva.

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.” (Juan Guillermo Figueroa. ob. cit., p. 6). A partir del año de 1977 y hasta el 2010, 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,” (Yolanda Palma Cabrera, pp. 24-26), 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 entorno a la

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

3.2. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

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.” (Poder Ejecutivo Federal).

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; se establecieron estrategias para reducir los riesgos pre-concepcionales 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” (Ídem.), 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 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-SSA21993. 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.” (Ídem.)

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.” (Ídem.).

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 tema 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 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.” (Consejo Nacional de Población, La situación demográfica de México, 2012. p. 50).

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 2007 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 2007, 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 2008, 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 2006 y 2007 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.

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 currícula 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 2005 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 2005-2010 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.

3.3. Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud

Como parte de los objetivos del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva 2005-2010, en agosto de 2000, 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 continúa 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 Secretaria 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.

3.4. Las políticas de salud reproductiva en la actualidad.

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.

3.4.1. Plan Nacional de Desarrollo

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 2006-2012 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.” (Poder Ejecutivo Federal, p. 37). 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.” (Ibídem, p. 49). 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 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 (Ibídem.).

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 desarrollen su capacidad e iniciativa.” (Ibídem, pp. 66-67). 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.” (Ibídem, p. 82).

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.” (Ibídem, p. 83).

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.” (Ibídem, p. 84). 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 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 solos 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.

3.4.2. Programa Nacional de Población

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” (Secretaría de Gobernación. Ley General de Población. México, 2012), 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 programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre...” (Ídem)

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 (Consejo Nacional de Población, 2011).

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” (Ibídem, p. 208).

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” (Ibídem, p. 31).

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.

3.4.3. 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” (Ibídem, p. 58).

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.

3.4.4. 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” (Ibídem, p. 240).

3.4.5. El aborto, la salud reproductiva y los jóvenes.

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” (Ibídem, p. 79).

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”.

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
- 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.” (Ibídem, p. 80). 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
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 (Ibídem, pp. 238-242).

Los jóvenes

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” (Ibídem, p. 115).

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 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”.

3.5. Programa Nacional de Salud, Programa de Acción: Mujer y Salud.

Derivado del Plan Nacional de Desarrollo, el eje de la política de salud para el sexenio 2006-2012 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.” (Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2006-2012. México, 2001, p. 75).

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 continuación 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 (Ibídem, p. 77).

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

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 mega dosis 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 (Ibídem, p. 90).

Las principales directrices para el ejercicio público de la atención en salud reproductiva del gobierno mexicano son delineados de manera expresa y amplía a partir del Programa Nacional de Salud; pero antes y como se ha observado, el Plan Nacional de Desarrollo establece la orientación 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 está 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 2016 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 2016 el manejo y tratamiento del 90 por ciento de los casos detectados de displasias y cáncer in Situ.
- Garantizar en 2016 el manejo y tratamiento de 80 por ciento de los casos de cáncer invasor (Ibídem, p. 94).

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 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 (Ibídem, p. 131).

3.6. Programa de Acción: salud reproductiva, VIH/SIDA, cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud.

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 (Secretaría de Salud, México, 2011, p. 11).

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, 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” (Ídem). 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 (Ibídem, p. 23).

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 la perspectiva de género en los programas de formación de los profesionales y técnicos en el campo (Ibídem, p. 24).

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.
- 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 2010 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.”

Salud Reproductiva

A diferencia del sexenio anterior, la administración 2006-2012 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 término 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.” (Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Reproductiva. México, 2011, p. 18).

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 (Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Reproductiva. p. 19).

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; y el último sería el de las garantías para la discreción entre la institución y el o 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 (Ibídem, p. 32).

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 (Ídem).

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 (Ibídem, 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 (Ibídem, p. 35). 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 mejora de la calidad de los servicios;
- 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 (Ibídem, p. 36).

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.

VIH/SIDA

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 públicos, 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 (Secretaría de Salud. México, 2011, p. 31).

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 (Ibídem, pp. 31-32).

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.
- 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 (Ídem).

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.

Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

Aunque no se manifiesta como una 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.” (Secretaría de Salud, 2011, p. 37).

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 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.” Es interesante la Estrategia: 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.

3.7. 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 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 mayores 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 alcohólicos, 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 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 2012) 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 (La Jornada. 12-enero-15). 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.

3.8. La creación de los derechos sexuales.

La discusión y el desarrollo de la defensa de los derechos sexuales y reproductivos han pasado por tres etapas: La primera de ellas es el movimiento de planificación familiar que lucha por superar las barreras legales, culturales y religiosas que impiden a los individuos recurrir a medios por controlar su fecundidad. La segunda, denominada salud reproductiva, no sólo se basa en el control de la fecundidad no deseada, sino que considérala "habilidad" de la persona y de la población para reproducirse, para regular su fecundidad y para practicar y disfrutar sus relaciones sexuales; la tercera etapa se denomina "empoderamiento de la mujer y de la justicia social". Se basa en un concepto trascendente de justicia social y de respeto a la dignidad de las mujeres en áreas no restringidas a la salud reproductiva; ese proceso de adquisición de poder por parte de la mujer incluye la autodeterminación reproductiva como parte y como un medio más que como un fin en sí misma." (Figueroa Perea, Juan Guillermo, p. 25).

La construcción de los derechos sexuales y reproductivos, en el discurso feminista, tenemos que observarla como el proceso que sacó del silencio los hechos que las mujeres viven en el espacio privado, lo que hizo posible tal construcción fue el método de autoconciencia utilizado en la organización de las mujeres que asocian la acción política a la práctica reflexiva dirigida hacia de la comprensión ontológica del sujeto femenino. Lo que se habla sobre el cuerpo de las mujeres nunca fue, hasta la emergencia del feminismo, producto de la voz de las propias mujeres. Así, la creación de los derechos reproductivos y sexuales, elaborada por las feministas, intenta transformar aquellas condiciones que han violentado la integridad corporal de las mujeres, que han violado el derecho a decidir sobre su cuerpo y sexualidad; en síntesis, condiciones que han perpetuado el predominio de la cultura patriarcal en el mundo occidental.

3.9. ¿Qué son los derechos sexuales?

Aunque los términos de derechos sexuales y reproductivos son de origen reciente, las ideas de integridad corporal y autodeterminación corporal tienen una genealogía mucho más profunda y amplia. Su contenido tiene raíces en los conceptos de integridad personal, salud, autodeterminación y libertad; cabe señalar que, a nivel mundial aún no existe un concepto de consenso en este campo, por ello algunos estudiosos los consideran conceptos en construcción. No obstante, las diversas aproximaciones suelen definir a los derechos sexuales y reproductivos como todos aquellos derechos básicos de las personas y parejas, derechos que se vinculan con el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción humana, independientemente de la edad, condición social, raza y religión.

Los derechos sexuales y reproductivos son una serie de derechos que posibilitan a los individuos obtener un estado óptimo de salud sexual y reproductiva; la premisa central es partir del reconocimiento de que cada quien es responsable de su propio cuerpo. Para aplicar los derechos sexuales y reproductivos es menester conocerlos, ejercerlos y luchar porque a nadie se le niegue el ejercicio de éstos, así como acceder a los servicios de salud pública y garantizar que el personal médico esté capacitado sobre esta temática.

Para fines de reflexión, destacaremos qué son los derechos sexuales y qué los reproductivos, aunque su instrumentación y ejercicio necesariamente los incluye a ambos, en tanto que se encuentran estrechamente vinculados a la vida sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres.

Los derechos sexuales son parte de los derechos humanos básicos, y se refieren a:

- El respeto absoluto a la integridad física del cuerpo humano;
- el derecho a los más altos niveles de salud sexual y reproductiva;
- el derecho a la información y a los servicios de necesarios, asegurando una confidencialidad absoluta;

- el derecho a tomar decisiones sobre sexualidad y reproducción libres de discriminación, coerción o violencia.

El reconocimiento de los derechos sexuales en nuestra cultura y sociedad ayudará a asegurar que las mujeres y las niñas no se vean sujetas a: relaciones sexuales y embarazos no deseados; violencia física, sexual y psicológica en la comunidad o en el lugar de trabajo, incluyendo abuso y hostigamiento sexual, intimidación y violación; servicios de anticoncepción coercitivos o de riesgo; violencia física, sexual y psicológica en el hogar, incluyendo violación marital, maltrato físico, confinamiento e incesto; intervenciones médicas no deseadas; discriminación y violencia con base en la orientación sexual; contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre ellas el VIH/SIDA; y violación sistemática como arma de guerra. Para asegurar los derechos sexuales se requiere: informar a las personas sobre ellos y ofrecer servicios de atención a la salud sexual y reproductiva; crear o reforzar sistemas jurídicos que los reconozcan y protejan; promover la cooperación internacional y nacional para evidenciar y actuar en contra de la coerción y la violencia sexuales.

Los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos ya reconocidos, e incluyen:

- el derecho de todas las parejas e individuos a decidir de forma libre y responsable el número, espaciamiento y tiempo de nacimientos de sus hijos, y disponer de la información y los medios necesarios para lograrlo;
- el derecho a alcanzar los más altos niveles de salud sexual y reproductiva, de contar con servicios e información que así lo permitan, y
- derecho a tomar decisiones respecto a la reproducción sin discriminación, coerción y violencia.

Los derechos reproductivos y el acceso a la atención a la salud reproductiva son fundamentales para las mujeres, en tanto el objetivo es que experimenten una vida saludable y libre de enfermedades, violencia, incapacidad, temor, dolor o muerte

asociados con la reproducción y la sexualidad; al tiempo que, permiten controlar su propia fecundidad de manera segura y eficaz concibiendo cuando lo deseen, previniendo los embarazos no deseados y llevando a término los deseados.

Estos derechos se encuentran en estrecha relación con la salud reproductiva, ya que ésta busca satisfacer las necesidades de salud de mujeres y hombres en relación con la sexualidad y la procreación. Los componentes de la atención a la salud reproductiva incluyen: consejería sobre sexualidad, embarazo, anticoncepción, aborto, infertilidad, infecciones y enfermedades; educación sobre sexualidad, prevención, detección y tratamiento de infecciones del aparato reproductor, ETS, VIH/ IDA y problemas ginecológicos; prevención y tratamiento de la infertilidad; servicios post-aborto seguros; cuidado prenatal; supervisión del parto; salud materno infantil.

Pero sólo son posibles si existen condiciones y recursos para su instrumentación, así, el principal proveedor de tales hechos es el Estado. Los gobiernos, los donantes y la comunidad deben emprender acciones concertadas para garantizar que, todas las parejas e individuos que deseen servicios de salud sexual y reproductiva los obtengan. También se hace preciso establecer y aplicar leyes y políticas para prevenir la discriminación la coerción y la violencia asociadas con la sexualidad y la reproducción. "Mujeres y hombres deben trabajar juntos conocer sus derechos lograr que sus gobiernos se responsabilicen de ellos y les apoyen a través de la educación y la defensa de estos derechos." (Population Council Mensajes sobre salud sexual y reproductiva, 2007)

3.10. La naturaleza de los derechos sexuales.

El concepto de derechos reproductivos está asociado a las nociones de autodeterminación corporal y sexual, y se constituye a partir de cuatro principios éticos fundamentales: a) la igualdad, b) la diversidad, c) la autonomía personal (o el principio de personalidad), d) la integridad corporal. Dixon y Muller (Ver Juan

Guillermo Figueroa. op. cit. p.10), señalan que es posible distinguir al menos tres dimensiones de los derechos reproductivos: 1) la libertad de decidir cuántos hijos tener y cuando tenerlos o no; 2) el derecho a la información y a los medios para regular la propia fertilidad y 3) el derecho a controlar el propio cuerpo.

El concepto de decisión libre y responsable acerca del número y espaciamiento de los hijos a tener fue declarado, por primera vez, un derecho humano, en 1968, en el artículo 16 de la Proclamación de Teherán. Subsecuentemente, fue ratificado en 1969 por la Declaración de Progreso Social y Desarrollo (artículos 4 y 22), así como por otros instrumentos declaratorios.

Entre ellos destacan los debates que se han producido en las conferencias internacionales, por ejemplo: a) La Conferencia de Población de Bucarest 1974, cuyo Plan de Acción Mundial de Población reconoció el papel del Estado como garante de los derechos reproductivos, incluyendo la información y acceso a métodos del control natal; b) La Conferencia del Año Internacional de la Mujer 1975. Reconoció, en su declaración, el derecho a la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo. Éste, sea de hombre o mujer, es inviolable y el respeto por él es un elemento fundamental de la dignidad y libertad humana; c) La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, 1979, constituye el primer tratado internacional que aseguró la igualdad de acceso a los servicios de planificación familiar; d) La Conferencia Mundial de Población y Desarrollo Cairo 1994. Incorporó los contenidos del manejo del papel procreativo, el acceso a información confiable y a los servicios de salud reproductiva de calidad, que incluye la planificación familiar. De esta forma, se amplió el alcance de este derecho, en tanto había sido constreñido al control de la natalidad; e) La Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 1995, ratificó que los derechos reproductivos son derechos humanos, reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso.

Los derechos reproductivos son por naturaleza derechos multidimensionales, porque involucran más de una decisión. En ellos coexisten centralmente tres dimensiones: la decisión de tener un hijo, la decisión de cuándo tenerlo y, la decisión del tipo de anticonceptivo a utilizar o medio para regular la fecundidad.

Desde su declaración hasta la fecha, las modificaciones discursivas que ha sufrido han estado vinculadas a la definición de su titularidad. Mientras que en los años 60 se reconocía a la familia, para los 80 y 90 ya se había convertido en la pareja. Actualmente, la discusión ha puesto de relieve la necesidad de mayores refinamientos y especificaciones en el sujeto titular, y en el significado del término pareja la tendencia parece perfilarse hacia las mujeres, puesto que son ellas las que están directamente involucradas al proceso reproductivo, "...admitiendo que aunque hombres y mujeres participan genéticamente de igual manera, desde el punto de vista biológico son las mujeres las que tienen un papel fundamental: segundo, aceptando que tal hecho le confiere a las mujeres el derecho a la autodeterminación sobre sus cuerpos, tal derecho no tiene contraparte o paralelo en los hombres." (Cervantes Carson Alejandro 2013).

En concordancia con lo anterior, Azzolinní (2013) plantea que la reproducción implica derechos y responsabilidades tanto del hombre como de la mujer, pero en la mujer incide explícitamente en su vida, ya que afecta la totalidad de su existencia, lo que la convierte en la principal titular de ejercer el derecho de decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos. Y agrega, es preciso considerar que la ejecución de los derechos reproductivos necesariamente ha de complementarse con otros derechos tales como el derecho a la información y educación, así como el acceso a los servicios de guardería, atención en salud y trabajo.

Por su parte, Marta Lamas destaca el carácter democrático de los derechos reproductivos, y afirma que, más que señalar este derecho como principalmente de la mujer, es necesario resaltar algunas diferencias entre los sexos, "... el derecho del propio cuerpo derecho fundamental que se localiza en el caso de las mujeres

entre nuestra especificidad reproductiva y nuestras demandas como seres humanos. De ahí que los derechos reproductivos tienen un aspecto compartido con los hombres y otro específico de las mujeres" (Lamas Marta). Plantea que, tales derechos necesitan libertad para la reproducción, y esta libertad requiere acceso a la información sexual, a los anticonceptivos, a los cuidados médicos y al aborto. La autora indica que esas condiciones son el punto básico para redefinir los derechos reproductivos desde una perspectiva democrática, una definición amplia de ellos abarca el campo de la sexualidad y (eleva a la defensa del derecho de todo tipo, desde la defensa de la libertad sexual hasta el acceso igualitario a los servicios de salud).

Los derechos reproductivos y sexuales son derechos humanos inalienables e inseparables de derechos básicos, como el derecho a la alimentación, a un techo, a la salud, a la seguridad, a la educación y a la participación política. Como tales deben estar vinculados a una amplia gama de condiciones sociales, económicas y culturales, sin las cuales no podrían ser llevados a la práctica por una gran parte de la población, en especial por las mujeres pobres. En concordancia con lo anterior, Cervantes nos señala que, como derecho, los que se refieren a la reproducción deben incluirse dentro de la categoría de los derechos humanos, que se definen como derechos sociales. Su contenido y la forma en cómo opera es similar al del derecho a la salud, a la educación y al trabajo.

La inclusión del derecho a la decisión reproductiva en el Plan de Acción Mundial en Población de 2004, estableció dos tipos de obligaciones para los gobiernos. Por un lado, no inhibir el proceso de toma de decisiones con respecto a la reproducción, ya sea a través de la coerción o del ocultamiento de información necesaria para tomar la decisión.

Por otro lado, la provisión de los medios necesarios para el ejercicio de las decisiones que han sido tomadas. En resumen, los derechos reproductivos aparecen como derechos sociales, con lo cual se hace referencia a las

responsabilidades de los gobiernos para que los y las titulares puedan llevarlos a la práctica, asegurando el acceso a otros derechos sociales como requisito para la elección en el aspecto de la reproducción. En el caso mexicano, podemos señalar que, es mediante la intervención de políticas y los programas de salud como se están instrumentando. Lo que no significa que sean ajenos de intervenciones contradictorias y autoritarias en el espacio de la reproducción de la población.

En la reflexión en torno a los derechos reproductivos, Cervantes distingue un aspecto nodal que nos puede evidenciar el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres y los hombres, y es aquél que se refiere a la distancia que existe entre poseer y ejercer un derecho. Es decir, la pertenencia a una sociedad específica le confiere al individuo una serie de derechos y responsabilidades, y que esto iguale y equipare a todos los individuos de esa sociedad no significa que todos estén en igualdad de circunstancias para ejercer esos derechos, que los definen a todos formalmente como iguales. "Entre el derecho formal que todo individuo tiene por pertenecer a una sociedad determinada y las posibilidades que se les presentan para ejercerlos, se encuentran los constreñimientos estructurales e ideológicos y simbólicos de esa sociedad. El ejercicio real de los derechos formales se realiza con arreglo a las opciones que el entretrejo de los distintos sistemas de diferenciación y desigualdad social permiten: la especificidad del ejercicio entonces, es un producto del ejercicio de la voluntad personal en el marco de las opciones que la diferenciación y la desigualdad social le permiten al individuo." (Cervantes Alejandro, op, cit. p. 8).

Así, teniendo formalmente los mismos derechos reproductivos, no todas las mexicanas pueden ejercerlos de la misma manera, no todas tienen la posibilidad de concretarlos dentro del mismo marco de opciones. Algunas tendrán la posibilidad de escoger la práctica médica privada y especializada, en donde la relación comercial o el pago por el servicio se convierte en una forma de asegurar que sus necesidades y demandas se satisfagan. En contraste, otras mujeres tendrán sólo la posibilidad de acudir a una institución gubernamental como el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y el ISSSTE si son afortunadas de ser derechohabientes,

pero, si no es el caso, se verán obligadas a acudir a instituciones que tienen por función cubrir a la población abierta como la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

Por otra parte, es preciso aclarar que de acuerdo a lo planteado al principio de este documento, los derechos reproductivos se consideran conceptos aún en construcción, en virtud de su reciente reconocimiento internacional. "Los derechos reproductivos son conceptos en construcción. Las mujeres y las pensadoras feministas han sido claves en la conceptualización sobre los derechos reproductivos y sexuales, su desarrollo podemos explicarlo por los cambios de mentalidad presentes en las mujeres por los escenarios geo-políticos internacionales, estos cambios facilitaron que término 'derechos reproductivos y sexuales' pasará a ser tópico de discusión y emblema de grupos de mujeres para volverse símbolo de cambio de paradigma en los circuitos de población y desarrollo." (Ortíz Ortega Adriana, comp.). De tal manera, existen diferentes niveles en la discusión sobre estos derechos: desde los que se limitan a plantear el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento del nacimiento de las y los hijos, hasta los que sugieran replantear las relaciones entre hombres y mujeres en condiciones de igualdad.

Los ejes temáticos que enmarcan y dan contenido al debate de los derechos sexuales y reproductivos se refieren al número de hijos e hijas, al ejercicio de la sexualidad, a las responsabilidades de la crianza de los hijos, a la posibilidad de interrumpir el embarazo cuando no se desea el producto del mismo, el acceso a los medios para influir sobre la reproducción y para tomar decisiones, la información necesaria sobre la sexualidad y la reproducción, los medios para regular la propia fecundidad, los servicios de calidad ligados con dicha información y con las opciones para controlar la propia fecundidad, pero principalmente el respeto a las decisiones de las personas en el nivel de las relaciones de pareja, institucionales y de las relaciones sociales. No obstante, es necesario destacar que, la nueva propuesta de los derechos reproductivos y sexuales, que surgió en la década de los 90', enlazó temáticas propias de la práctica heterosexual como son: aborto,

embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, violencia de género, entre otras, que incluyen una crítica más amplia a la heterosexualidad institucionalizada.

Los derechos reproductivos y sexuales suponen también, la existencia de varios actores involucrados: 1) la población, la ciudadanía como receptora y beneficiaría de las acciones de las políticas de población, salud y planificación familiar; 2) los agentes institucionales; 3) los prestadores de servicios; y 4) los investigadores y / o estudiosos del campo de la salud reproductiva y de los derechos humanos. Cabe destacar que, de este conjunto de actores no todos se consideran titulares de los derechos reproductivos en la misma medida.

Un elemento que caracteriza el campo de los derechos reproductivos y sexuales es que se reconocen internacionalmente, que éstos no se limitan a considerar a la reproducción sólo constreñida al ámbito de lo biológico, ajena a la sexualidad de las mujeres y los hombres. En su lugar, la reproducción es tratada como un proceso vital, vinculado inextricablemente con los papeles desempeñados por hombres y mujeres en sus hogares y en las sociedades. Se destaca la reproducción en su dimensión social, esto porque existen condiciones que deben satisfacerse para que estos derechos puedan ejercerse en un contexto de relaciones equitativas, que propicien el empoderamiento de las mujeres.

Los derechos reproductivos de las mujeres significan más que decidir sobre el número y el espaciamiento de los hijos, les confieren la posibilidad de actuar como ciudadana en su comunidad, a trabajar por un salario, a poseer y controlar propiedad, a estar libre de discriminación basada en su sexo, raza o clase. Esta constelación de derechos, hace que el derecho específico de la elección reproductiva sea importante y sin éste cada uno de los demás derechos sociales y económicos tiene sólo un poder limitado para promover el bienestar de las mujeres.

El enfoque de la salud reproductiva, que hoy domina en las políticas de población, propicia el vínculo entre las dimensiones de reproducción, sexualidad salud y los derechos del individuo que son englobados en el concepto de derechos sexuales y reproductivos. Al integrar a los derechos reproductivos en su formulación obliga remarcar los contextos institucional, político y cultural, lo que a su vez permite superar el ámbito restringido de lo biológico.

Por último, vale la pena destacar que el debate en torno a los derechos reproductivos y sexuales se ha visto impedido por el predominio del paradigma que ha naturalizado la heterosexualidad como la definición de la sexualidad humana. Tal perspectiva limita la posibilidad, nos dice Adriana Ortiz, de arraigo de los derechos sexuales como derechos humanos, lo cual hace preciso quitar del centro a la heterosexualidad como el origen de todas las definiciones posibles sobre sexualidad (es), para así superar concepciones predeterminadas de los arreglos sociales alrededor de la sexualidad. "El arraigo de los derechos sexuales como derechos humanos lleva implícita la reinención de la sexualidad la producción de un universo simbólico y de conocimiento, la construcción de nuevas identidades ciudadanas en breve la consolidación de la presencia pública de los movimientos sociales que nos han hecho capaces de imaginar alternativas." (Hinojosa, Claudia, México, 2010).

3.11. Propuesta feminista de los derechos sexuales.

El centro de reflexión y lucha que emprenden las feministas en torno a los derechos reproductivos es el cuerpo de las mujeres. Somos y tenemos cuerpo, y nuestro devenir cotidiano se encuentra saturado de necesidades asociadas a nuestra existencia corporal, el cuerpo es asiento de apetitos, deseos y necesidades, lugar de procesos fisiológicos y metabólicos, blanco de ataques microbianos y virales, fuente de placer y dolor, territorio de control y represión. Lo que se habla sobre el cuerpo de las mujeres nunca fue, hasta la emergencia del feminismo, producto de la voz de las propias mujeres. "Los discursos disciplinados de ese cuerpo y la construcción de la naturaleza femenina a partir de allí, son representaciones

masculinas, hechas por los hombres y vacunadas por las mujeres. (...) La deconstrucción de la historia de la vida privada fue un camino para que las mujeres comprendieran las formas de poder que eran ejercidas sobre sus cuerpos y que los transformaban en un lugar de desposeimiento de la propia existencia. Por eso la consigna, 'Nuestro cuerpo nos pertenece', que en los años de la década de los setenta se extendió por el mundo inspirando rebeldías, debe ser rescatada como un enunciado y lugar de constitución de existencia propia como individuo" (Ávila Betania María).

Tenemos que observar la construcción de los derechos reproductivos en el discurso feminista como el proceso que sacó del silencio los hechos que las mujeres viven en el espacio privado, lo que hizo posible esa elaboración fue, sin lugar a dudas, el método de autoconciencia utilizado en la organización de las mujeres que asocian la acción política a la práctica reflexiva dirigida hacia de la comprensión ontológica del sujeto femenino. Así, la creación de los derechos reproductivos y sexuales, elaborada por las feministas, intenta transformar aquellas condiciones que han violentado la integridad corporal de las mujeres, que han violado el derecho a decidir sobre su cuerpo y sexualidad; en síntesis, las condiciones que han perpetuado el predominio de la cultura patriarcal en el mundo occidental.

Las mujeres y feministas, a través de sus movimientos sociales e intelectuales, y de toda la producción del conocimiento, han cuestionado los enfoques de desarrollo estatistas y el androcentrismo de los derechos humanos. Su visión pone de manifiesto la ineficiencia de enfoques prevalecientes en el ámbito internacional basados en 'metas' de reducción de población, que en la práctica develan una constante violación a los derechos humanos de las mujeres. Es en el proceso de construcción de esa crítica que se han elaborado propuestas en torno a la salud reproductiva de las mujeres, derechos humanos, democracia de género y desarrollo humano, y constituyen parte de una tesis central: la apropiación y el ejercicio de los derechos como pilar en la construcción ciudadana de las mujeres.

"EL movimiento social de las mujeres ha sido clave en la construcción y defensa de los derechos reproductivos y sexuales... desde la academia, la política la acción comunitaria, se han creado espacios de interpelación, proposición e interlocución con los actores estatales, políticos y sociales al punto de haber empujado a las Naciones Unidas a organizar la mayor conferencia (Se refiere a la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo, evento internacional que posibilitó que el concepto de derechos reproductivos ingresara en el ámbito de los derechos humanos de las mujeres, al tiempo que abrió nuevos campos en la salud reproductiva de las mujeres) realizada hasta hoy para debatir nuevos marcos de política por la igualdad entre mujeres y hombres." (Sonia Montano, 2016).

Para mediados de los años noventa, los enfoques feministas lograron trascender en los foros internacionales y propiciaron que las Conferencias Internacionales de El Cairo y Beijing se convirtieran en parte aguas de un nuevo paradigma, en el que la columna vertebral sea el respeto a los derechos reproductivos y sexuales. El impacto de las acciones feministas estriba en que alrededor del tema de los derechos se conformaron diversas luchas: "...las campañas del Sudeste Asiático para combatir el tráfico de mujeres y la prostitución infantil; las movilizaciones del Medio Oriente y África meridional para concientizar a la población sobre el impacto médico, legal y psicosocial de la clitoridectomía, o bien, las demandas para reducirla mortalidad materna, legalizar el aborto poner en tela de juicio la homofobia dominante o eliminar la violencia hacia las mujeres; en Filipinas, estas movilizaciones también incluyen campañas contra la esterilización forzada o, la imposición del uso de métodos anticonceptivos en mujeres pobres orquestadas por Estados Unidos y Holanda." (Toubia, 2005).

La propuesta feminista, en torno a los derechos reproductivos y sexuales, articula los elementos éticos, legales y de justicia social que son necesarios para instrumentar las políticas públicas encaminadas a favorecer su concreción en los diversos gobiernos "... la propuesta tenemos que leerla como producto del trabajo, experiencia de los grupos de mujeres, la cual incluye el establecimiento de sus

propios servicios modelo, actividades de cabildeo, trabajo de autoconciencia y campaña en los medios frente a los abusos cometidos por los servicios públicos y privados en cuanto a derechos reproductivos sexuales." (Ortíz Ortega, Adriana. p. 58).

Por otra parte, la perspectiva enarbolada por las feministas- es integral, y propone que se asegure la adquisición de poder por parte de las mujeres en diversos ámbitos de la vida social (empoderamiento). Desde esta visión, los derechos sexuales y reproductivos no se visualizan como una dádiva en sí mismos, sino como producto de una lucha por transformar las situaciones contradictorias y de desigualdad de género, asociadas con la capacidad de reproducción biológica de las mujeres. La propuesta feminista plantea que, las políticas y programas de salud que abordan la reproducción y la sexualidad de las mujeres a lo largo del ciclo de vida requieren servicios integrales con un personal capacitado, y con una infraestructura adecuada para todas las mujeres.

Las contribuciones del feminismo a la configuración y desarrollo de los derechos sexuales y -reproductivos son múltiples, y están vinculadas con la seguridad, la libertad, la integridad física, las decisiones sobre sexualidad, la maternidad y el rechazo a toda forma de coerción. Por ello su vinculación con las políticas públicas y la fortaleza de la sociedad civil tiene una importancia estratégica.

De igual manera, es preciso que los gobiernos de nuestro continente adopten programas afirmativos que promuevan "una cultura basada en la toma de conciencia respecto a la salud" y el empoderamiento entre las mujeres, así como una actitud de respeto, no violencia y responsabilidad por parte de los varones hacia las mujeres y los y las niñas. Tales apreciaciones tienen como fundamento las plataformas de acción emanadas de las Conferencias Internacionales del Cairo y Beijing.

Muchos grupos de salud de las mujeres, tanto en el Sur como en el Norte, están preocupadas porque la retórica que "suena feminista" está siendo utilizada por las instancias internacionales de población, para legitimar y disimular lo que siguen siendo metas instrumentalistas con un marcado sesgo cuantitativo. Consideran que a la largo de su historia, las políticas y programas de control de la población pasan por alto con demasiada frecuencia, las necesidades de las mujeres y los principios éticos esbozados anteriormente, tales grupos temen que el lenguaje de la salud y derechos reproductivos pueda simplemente ser cooptado para mantener las cosas en su estado actual.

Ante este hecho, las feministas están presionando a los organismos de población y de planificación familiar a reconocer las necesidades autodefinidas, así como las concepciones de las mujeres sobre los derechos reproductivos y sexuales. Lo anterior nos acerca a cambios sociales y políticos que empoderen a las mujeres, pero, para que esto se logre, depende de acciones aún más concertadas por las organizaciones no gubernamentales de mujeres, incluyendo alianzas con muchos otros grupos preocupados por la salud, el desarrollo y derechos humanos. Se necesita integrar, pero no subordinar, tales derechos con las agendas de salud y desarrollo para que transformen radicalmente la distribución de los recursos, del poder y del bienestar al interior de y entre todos los países del mundo. Éstas son las condiciones de posibilidad para convertir los derechos en capacidades vividas, para las mujeres.

La visión feminista de los derechos reproductivos y sexuales se ha tejido a la luz de la óptica del desarrollo humano. La preocupación por los pobres y por los sectores más vulnerables de la población; el reconocimiento de las desventajas de las mujeres para acceder a los servicios de salud, y su posición vulnerable ante políticas poblacionales y ante prestadores de servicios que se apropian del cuerpo de ellas y las despojan de autonomía y libertad para decir sobre sus vidas; el reconocimiento de las dificultades femeninas para participar en la toma de decisiones; la mirada crítica sobre la desigualdad social, económica, educativa y laboral, que a nivel

planetario significa ser mujer, conducen a formular Programas de Acción que se inscriban en una visión más humana, ésta es una propuesta que coloca en el centro al bienestar de las y los ciudadanos, y que incorpora una perspectiva de género que tiende a establecer relaciones más equitativas entre la población masculina y femenina.

Si la capacidad reproductora de la mujer ha sido el centro de la atención de los gobiernos para aplicar las políticas demográficas, el nuevo concepto coloca a un ser humano con cuerpo de mujer y a la población toda como eje de sus preocupaciones. Otros elementos distinguen la propuesta feminista de enfoques demográficos. Por ejemplo, la salud sexual y la sexualidad aparecen como fuente de bienestar personal y social; no sólo importa la salud femenina en la etapa reproductiva, sino la salud de la mujer en todas las fases de su ciclo vital, la que incluye a las adolescentes, a las niñas y a las mujeres que han pasado su etapa reproductiva; importa garantizar que las embarazadas accedan a servicios de salud y se elimina la meta de reducir el número de embarazos; se plantea cómo lograr la fecundidad cuando hay problemas de infertilidad, y el reducirla se vincula a la decisión de las personas; no sólo importan las mujeres, sino los hombres, pues se considera que la reproducción y la sexualidad se fincan en relaciones humanas que incluyen a ambos sexos y que el hombre debe responsabilizarse; importa garantizar el acceso y uso de métodos anticonceptivos mediante una decisión libre e informada, evitando la idea de inducir o presionar para que se utilicen; la salud se relaciona con el acceso equitativo de hombres y mujeres a la educación, al trabajo y a la toma de decisiones.

Cabe apuntar que, la lucha por el respeto de los derechos sexuales y reproductivos es la historia por el respeto a aspectos mínimos de la dignidad de la mujer, es un reflejo de movimientos de emancipación contra la discriminación, la exclusión, el sexismo.

3.12. Las dimensiones ética, jurídica y política de los derechos sexuales y reproductivos.

La praxis de los derechos reproductivos y sexuales nos sugiere apuntar algunas reflexiones que se hallan constituidas por las dimensiones ética, jurídica y política.

3.12.1. Dimensión ética.

El hecho de que las reivindicaciones de los derechos sexuales y reproductivos estén ligados a las cuestiones de la vida, obliga necesariamente a una reflexión ética. Las feministas Sonia Correa y Rosalind Petchesky proponen cuatro principios éticos como fundamentos de los derechos sexuales y reproductivos, estos son: la integridad personal, el ejercer como persona, la igualdad y el respeto a la diversidad.

Ellas parten de definir el terreno de los derechos sexuales y reproductivos en términos de poder y de recursos: "poder para tomar decisiones informadas acerca de la propia fecundidad, de tener hijos, de criarlos, de la salud ginecológica y de la actividad sexual. Recursos para tomar estas decisiones de forma segura y efectiva. Esta perspectiva implica necesariamente nociones centrales como la de integridad del cuerpo, control de nuestro propio cuerpo, sin embargo, supone también la reflexión sobre las relaciones con las parejas sexuales, miembros de la familia, comunidad, y la sociedad en general. Es decir, el cuerpo existe siempre en un universo socialmente mediado." (Correa, Sonia y Rosalind Petchesky, México, 2011, p. 114). De esta manera, los principios éticos de los que parten para fundamentar los derechos sexuales y reproductivos se refieren a:

- Integridad corporal.

Este principio, que también puede entenderse como el control sobre el propio cuerpo supone relaciones de uno con los propios hijos, con las parejas sexuales, con los miembros de la familia, con la comunidad, con los proveedores de atención para la salud y con la sociedad en general; es decir, el cuerpo existe en un universo

mediado socialmente y se inserta en el desarrollo histórico de las ideas acerca del individuo y de la ciudadanía.

Partiendo de que el cuerpo es una parte integral de la persona, cuya salud y bienestar son aspectos importantes para su plena participación social, se afirma que la integridad corporal es un derecho individual pero también un derecho social. De esta manera, los derechos sexuales y reproductivos son sociales y a la vez personales. Correa y Petchesky

afirman que la integridad corporal incluye: "El derecho de la mujer a que no se le prive de su capacidad sexual y reproductiva, por ejemplo, a través del sexo o del matrimonio coaccionado, mutilación genital, negándole el acceso al control de la natalidad, practicándole la esterilización sin consentimiento informado, manifestando prohibiciones sobre la homosexualidad, así como su derecho a la integridad de su persona física, por ejemplo, estar libre de violencia sexual, de algún tipo de reclusión indebida en el hogar, de métodos anticonceptivos riesgosos, de embarazos no deseados o de una procreación coaccionada y de las intervenciones médicas no deseadas." (Ibídem).

Además, incluyen derechos afirmativos como disfrutar del pleno potencial del cuerpo para la procreación, la salud y la sexualidad. Éstos implican, en el caso de la salud, ser tratados de forma integral; en el caso de la procreación, decidir cómo y cuándo tener hijos, en el caso de la sexualidad, disfrutarla libre y sanamente, para lo cual es necesaria diría vital- una educación sexual.

- El ejercicio como persona.

Este principio se refiere al derecho a la autodeterminación. Ello implica que las mujeres sean tratadas como los actores principales y como las tomadoras de decisiones en materias de reproducción y sexualidad, es decir, como sujetos y no como objetos receptores de políticas de planificación familiar y de población. Esto

requiere:"(...) que las personas usuarias de servicios se les ofrezca un rango completo de opciones seguras, explicadas ampliamente, sin grandes discrepancias en el costo o en los subsidios gubernamentales [y que las experiencias de las mujeres sean tomadas en cuenta, por ejemplo, en lo relacionado con los efectos colaterales de los anticonceptivos]. En el nivel de las políticas públicas y programas nacionales e internacionales, el tratar a las mujeres como personas significa asegurar que las organizaciones de mujeres estén representadas y que sean escuchadas en los procesos de elaboración de las políticas de población y salud y que, además sean establecidos mecanismos eficaces para la rendición de cuentas por parte de las instancias públicas, en los cuales participen las mujeres, con el fin de vigilar los posibles abusos." (Correa, Sonia y Rosaiind Petchesky, op. Cit, p. 118).

Desde luego, también significa abandonar políticas públicas que tienen como único objetivo respetar metas demográficas y adoptar, en su lugar, metas de salud reproductiva y sexual y de empoderamiento de las mujeres.

- La igualdad.

Para Correa y Petchesky, este principio se aplica en dos áreas: las relaciones entre hombres y mujeres (divisiones de género), y las relaciones entre las propias mujeres (en las condiciones tales como clase, edad, nacionalidad y raíces étnicas que las dividen como grupo) (Ibídem, p. 120).

Con respecto a la primera, tiene sus raíces en las propias reivindicaciones feministas que planteaban remediar el sesgo social en contra de las mujeres, partiendo de la estrategia de controlar la natalidad para romper con la tradicional división del trabajo por género. Esto implica que las decisiones y las responsabilidades derivadas de la reproducción sean compartidas entre hombres y mujeres.

La segunda requiere que, para aplicar este principio en la implementación de los derechos sexuales y reproductivos, se ponga atención a las posibles desigualdades entre las mujeres: "esto significa, cuando menos, que los riesgos y los beneficios deben ser distribuidos en forma equitativa, y que los proveedores y quienes definen las políticas deben respetar la autoridad de las mujeres para tomar decisiones sin que ello dependa de diferencias de clase, de orientación sexual, de nacionalidad o de región." (Correa, Sonia y Rosalind Petchesky. op. cit. p. 122).

Este aporte es central en tanto recupera el principio de solidaridad entre mujeres, reconociendo la existencia de otras lógicas de dominación articuladas a la dominación de género. Además, las organizaciones internacionales y los gobiernos deben promover los derechos sexuales y reproductivos en condiciones de igualdad, lo que significa que deben ocuparse de las diferencias en el poder y en los recursos que dividen a las mujeres al interior de cada país. De manera que, debe asegurarse el acceso geográfico, servicios y materiales de alta calidad y el apoyo financiero para todas las mujeres que lo necesiten, con el fin de mitigar las inequidades entre las mujeres.

- La diversidad.

Este principio requiere respeto por las diferencias entre las mujeres como son: los valores, cultura, religión, orientación sexual, condición familiar y médica, entre otras. Esto es, a la vez que debe defenderse la universalidad de los derechos sexuales y reproductivos también deben reconocerse que tales derechos tienen diferentes significados, o diferentes puntos de prioridad, en entornos sociales y culturales diferentes.

Estos cuatro principios, que pueden aplicarse a los derechos sexuales y reproductivos, muestran que las dimensiones individuales (libertad) y sociales (justicia) de estos derechos no pueden ser separadas, en cuanto que los recursos y el poder están distribuidos de manera desigual en la mayoría de las sociedades y,

por ende, las posibilidades de las y los individuos para ejercerlos depende de una gran variedad de condiciones que aún no están al alcance de todas las personas. El ejercer estos derechos "libre y responsablemente" no es una frase vacía, implica que deben darse las condiciones sociales, económicas y culturales para ejercerlos.

En este sentido, la dimensión ética adquiere gran importancia, pues a menudo el debate sobre los derechos sexuales y reproductivos crea conflictos morales cuando se enfrentan diferentes códigos normativos.

Estos principios son enriquecidos por la feminista Rebeca Cook, quien plantea que el compromiso feminista es eliminar la opresión contra las mujeres a través de la introducción de la justicia social. "Nuestro mundo está permeado por el sexismo virtualmente en cada esfera de la vida, los intereses de las mujeres se encuentran sistemáticamente subordinados a aquellos de los varones, y de hecho estos arreglos y acomodamientos están tan extendidos son tan familiares y están tan inmersos en nuestros hábitos y formas de pensar que es posible que no nos demos cuenta de ellos. Esta opresión tan abarcadura y totalmente articulada es perjudicial para las mujeres, es injusta e inaceptable." (Rebeca Cook, 2014).

Para transformar estas formas de dominación sobre las mujeres, es preciso plantear una aproximación feminista a la ética que incluya tres principios nodales, nos dice Cook: el respeto a las personas, el principio de justicia y la autonomía. Las feministas apoyan el principio de respeto a las personas, pero condicionado a que se reconozca que la persona incluye a todos los seres humanos. Según el informe de Belmont, el respeto a las personas incorpora por lo menos dos convicciones éticas, primero, que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y, segundo, que las personas con menos autonomía tienen derecho a protección.

El principio de autonomía es uno de los valores más significativos en la propuesta feminista, en tanto puede prometer a las mujeres una auténtica autodeterminación. Este principio propone que las y los individuos tienen derecho a la libertad de

decisión y acción, en la medida en que sus acciones no interfieran con los derechos de los otros. "La libertad no es la elección voluntaria frente a varias opciones, sino la capacidad de autodeterminación para pensar, querer, sentir y actuar (...) estamos habituados a considerar la libertad como puro acto de voluntad para decir sí o no a las cosas y a los demás. Quizá sea interesante considerarla como la aptitud para transformar los datos brutos de nuestra experiencia en reflexión sobre su origen y para darles un sentido nuevo." (Chauí, Marilena).

Las mujeres deben ser consideradas capaces de autonomía, deben ser tratadas capaces de autodeterminación informada. Pero nos dice Rebeca Cook que, las condiciones políticas que facilitan la autonomía variarán de acuerdo al grado y al tipo de explotación y opresión que ellas hayan experimentado, y no pueden ser exclusivamente dependientes de una hoja firmada de consentimiento informado.

El principio de justicia, de acuerdo al informe de Belmont, se presenta una injusticia cuando se niega cierto beneficio al que la persona tiene derecho. Se debe buscar una justa distribución de los beneficios a los que la persona tiene derecho, una justa distribución de los beneficios de acuerdo con lo que se merece.

Una primera conclusión ética es que las mujeres sean tratadas de manera diferente a los varones, pero con igual respeto tomando como referencia sus diferencias (Cook, Rebeca, op. cit. p. 25). De tal forma, podemos plantear que la dimensión ética de los derechos reproductivos supone cambios en la vida cotidiana, institucional de los sujetos, supone también que los hombres y mujeres tienen responsabilidades iguales y hacen una división de tareas solidariamente. Por su parte, el Estado debe garantizar beneficios sociales y leyes justas, y la racionalidad empresarial tiene que comprender que los hombres y las mujeres tienen hijos que desean y de los cuales se tienen que ocupar. De esta forma, los niños y las niñas podrán ser amados y cuidados en la vida privada, en el contexto de familias constituidas de formas diversas.

3.12.2. Dimensión jurídica.

Los derechos sexuales y reproductivos, entendidos como libertades o elecciones privadas, requieren para su ejercicio que se aseguren las condiciones a través de las cuales éstos puedan llevarse a la práctica; una de estas condiciones es, precisamente, el marco legal que refleje un compromiso al empoderamiento de las mujeres. Su importancia radica, además, en que la visión jurídica es la vigilante potencial del ejercicio de cualquier derecho e incluso los posibles sancionadores de los atentados a los mismos.

El debate internacional ha ocupado un papel muy importante en la revisión de las leyes, tratados y convenios internacionales, que pretenden asegurar el respeto de los derechos a la población. Si bien, el reconocimiento internacional de los derechos sexuales y reproductivos ha tenido gran importancia por situar el problema en el centro del debate y generar directrices importantes en el tema, existen vacíos y la redacción de los documentos es confusa (Ver De Barbieri, 2010, pp. 45-59). El debate en el ámbito internacional se ha enfocado a cristalizar la base jurídica más importante en el tema de los derechos sexuales y reproductivos.

No obstante, es preciso destacar que, ningún instrumento jurídico internacional o nacional contiene un catálogo completo e identificable de estos derechos. Se tienen que rastrear entre todos los convenios, tratados, y declaraciones internacionales para posteriormente dar la búsqueda dentro de las normas jurídicas internas a partir de la Constitución Federal. Tal rastreo supone considerar que la reproducción humana es intrínseca a la fenomenología humana y, por tanto, hay que aproximarse a ella en su contexto social, a partir de la compleja red de relaciones humanas en las que se produce; por ello, el trabajo de Pérez Duarte (Véase. Pérez Duarte Alicia, México 2009. p. 72-73), pretende hacer una lectura feminista del sistema jurídico que consiste en relacionar todas las normas de nuestro sistema jurídico que guardan relación entre sí y no sólo con la reproducción como tal, ya que, hacerlo así agotaría en dos líneas el marco jurídico. Tal reporte incluye las reglas relativas

a la salud materno-infantil, a las ayudas para la crianza, a la paternidad, a la maternidad y a la filiación, a la educación reproductiva y a las políticas de población ordenadas sistemáticamente a través de la pirámide conocida como de Kelsen.

En concordancia con la visión de Pérez Duarte, México ha suscrito un conjunto de instrumentos jurídicos que respaldan la legalidad de los derechos reproductivos, entre los que destacan: la Declaración Internacional de los Derechos Humanos de 1948, en sus artículos 16 y 48 establece el derecho de toda persona a casarse y fundar una familia, el derecho a un nivel adecuado de vida, y el derecho a los cuidados y asistencia especial para la maternidad y la infancia; el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en el que se reconoció el deber del Estado a conceder especial atención a las madres por un período razonable de tiempo antes como después del parto; la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre { y de la mujer) reconoce, en sus artículos VI y VII, el derecho a la constitución y a la protección de la familia, así como el derecho de protección a la maternidad y a la infancia de igual manera los contempla los artículos 17 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; por último, al suscribir la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, México se comprometió a tomar las medidas pertinentes para garantizar que la educación familiar incluya una comprensión de la maternidad como función social y el reconocimiento de corresponsabilidad que tienen por igual, varones y mujeres en la educación y desarrollo de sus hijos e hijas.

De igual forma, se comprometió a garantizar que la mujer tendrá acceso al material informativo que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, material en el que se incluya la información y el asesoramiento sobre planificación familiar; a garantizar en la esfera laboral, que no existirá discriminación alguna a causa de la maternidad, y que la mujer disfrutará de licencias de maternidad y de protección social durante el embarazo y que ambos, padre y madre, deberán contar con los apoyos necesarios para combinar las obligaciones familiares con las

responsabilidades laborales. Por último, se comprometió a asegurar que tanto los varones como las mujeres tendrán los mismos derechos a decidir de manera libre y responsable el número de hijos e hijas. Y el intervalo entre los nacimientos, y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos (Ver Pérez Duarte Alicia, op. cit. pp. 74-76).

En síntesis, podemos plantear que, de acuerdo a los tratados internacionales suscritos por nuestro país, los derechos que incluyen a los derechos reproductivos desde la óptica jurídica son: el derecho a una paternidad y maternidad libre, responsable e informada; el derecho a la protección de la salud, el derecho a la atención materno infantil, el derecho a formar una familia. Todos éstos son interdependientes y complementarios de un derecho a la vida además de ser atributos de la persona humana.

Si se reconoce que la reproducción forma parte del conjunto de atributos y facultades de la persona humana, que es inherente a su naturaleza y que posee un carácter universal, entonces, se reconocerá que se trata de un hecho jurídico que debe ser tratado como parte del conjunto de los derechos humanos.

El respaldo jurídico de los derechos reproductivos en México lo encontramos en la Constitución Política Mexicana, a través de su artículo 4° que en el párrafo tercero dice que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, el número y espaciamiento de sus hijos e hijas. Asimismo, se establece el deber del padre y la madre de preservar el derecho de la prole a satisfacer sus necesidades y la salud física y mental. Artículo que fue reformado sustancialmente en 1974 como marco de la preparación del Año Internacional de la Mujer, celebrado en México 1975, a partir de la reforma de 1974 se ha hecho especial énfasis en que la forma de ejercitar estos derechos y de planificar a la familia es sólo mediante la anticoncepción.

En cuanto a la maternidad específicamente, el artículo 123 en sus fracciones V y XV del apartado A y XI inciso C del apartado B, establece las normas mínimas de protección a la maternidad y a la lactancia. Pérez Duarte resalta que, mediante una lectura feminista de la Constitución mexicana, se pueden enlazar los conceptos de maternidad, salud, bienestar y responsabilidad paterna y materna, mismos que, desde la perspectiva de la autora, deben ser considerados en la construcción de los derechos reproductivos.

De las disposiciones constitucionales se desprenden normas reglamentarias en las que se establecen los instrumentos mediante los cuales se pueden hacer efectivos estos derechos, entre los que destacan tenemos: la Ley Federal de Educación la Ley Federal, de Trabajo la Ley General de Población, la Ley General de Salud, así como decretos, reglamentos y circulares de ellas derivados. La Ley federal de Educación, en la fracción IX del artículo tercero constitucional señala que la educación deberá formar conciencia acerca de la necesidad de la planeación familiar respeto a la dignidad humana sin menoscabo" de la libertad. Sin embargo, no es fácil controlar en las aulas escolares lo establecido en el artículo referido, sobre todo porque no existe un reglamento que establezca las bases para la ejecución de los principios establecidos. Aún más, creemos que lo dominante en el espacio escolar es la ausencia de la educación sexual y la educación para la salud reproductiva, y en caso de existir la información que se proporciona a los alumnos y alumnas está deformada por quien la transmite, casi siempre por ignorancia propia o bien por no saber cómo discutir esos temas tabúes frente a un grupo de jóvenes.

Por su parte, la Ley Federal del Trabajo reglamentada en el artículo 123 constitucional se refiere a los derechos sobre licencias de maternidad, lactancia y cuidados maternos, así como a las normas de apoyo para la madre trabajadora, como son las guarderías y la protección especial que se requiere durante las horas de trabajo para las mujeres embarazadas. La Ley General de Población y la Ley de Salud deben ser observadas en toda la República, determinan la normatividad general respecto a la salud reproductiva y la planificación familiar. La primera hace

énfasis en el derecho a la salud y la segunda, a la regulación de los fenómenos que afectan a la población en cuanto volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional. Ambas leyes se sustentan en el derecho constitucional emanado del artículo 4o.

La Ley General de Población establece que: los programas de planeación familiar informarán de manera clara y llana sobre los fenómenos demográficos y las vinculaciones de la familia en el proceso general del desarrollo, se instrumentarán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad.

La responsabilidad de las parejas e individuos en el ejercicio del derecho a planear su familia consiste en que tomen en cuenta las necesidades de los hijos vivos y futuros, y su solidaridad con los demás miembros de la comunidad, para dar lugar a mejores expectativas de bienestar y plenitud en la realización de sus fines individuales y colectivos. Es indudable que existe un esfuerzo gubernamental por educar a la población, no obstante, cabe destacar que subyace también un interés por inducir la anticoncepción para alcanzar los índices de crecimiento poblacional fijados por las políticas nacionales e internacionales.

Por su parte, la Ley General de Salud considera en su artículo 27 fracciones IV y V el concepto de bienestar, que debe ser incluido tanto en la atención materno-infantil como la planificación familiar como servicios de básicos de salud que presta el Estado. Esta ley resume el propósito en materia de planificación familiar y determina el carácter prioritario de la planificación familiar; define las actividades que deben incluir información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes, la correcta información anticonceptiva (oportuna, eficaz, completa para la pareja); que quienes practiquen la esterilización sin voluntad de la paciente o ejerzan presiones para que ésta la admita serán sancionados en los términos de la propia Ley de Salud, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

El artículo 68, de la citada ley, especifica las actividades comprendidas en los servicios de planificación familiar: programas de comunicación educativa sobre planificación familiar y educación sexual, definidos por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), organismo que tiene a su cargo la planeación demográfica del país, la atención y vigilancia de los usuarios de los servicios de planificación familiar y la supervisión y evaluación de su ejecución, así como el apoyo y fomento a la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana.

El artículo 69, 70 y 71 determinan que el CONAPO es la instancia estatal que definirá las acciones del programa de planificación familiar, y a la Secretaría de Salud (SSA) como la que coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa mencionado. También se determina que la SSA prestará, a través del CONAPO, el asesoramiento que, para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual, requiera el sistema educativo nacional.

La atención a los derechos reproductivos se desprende de los objetivos y atribuciones de la Ley General de Población. Entre éstos destaca la regulación del volumen de la población, y la implementación de mecanismos necesarios para realizar programas de planeación familiar, a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público; y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre.

El marco jurídico constituye un aspecto importante para el ejercicio y respeto de los derechos reproductivos, en tanto marca las directrices legales que los respaldan. Hasta aquí, vale la pena distinguir dos de sus componentes centrales: 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.

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.

En relación a lo anterior, tenemos que la igualdad jurídica entre la mujer y el varón supone transformaciones importantes en las relaciones sociales de los géneros, pero en la realidad nos constata que no es la mujer la que finalmente tiene el poder de decidir sobre sí misma, más bien parece que el Estado-gobierno tiene el poder de subrogar en los derechos del padre para decidir cuándo y cómo la mujer ha de ser madre. Es decir, el conjunto normativo aplicable al tema de los derechos reproductivos tiende más a controlar la facultad de procrear de la mujer, que ha favorecer un estado de bienestar efectivo y real en el contexto del derecho a la protección de la salud.

Y por la otra, las demandas sobre una maternidad libre y voluntaria no tienen el marco jurídico adecuado para su ejercicio, a pesar del artículo cuarto constitucional. Esto se debe, entre otras razones, a la falta de reglamentos concretos que definan cómo han de ejercer las personas interesadas estos derechos, y está también la deficiente definición de la función social de la paternidad y de la maternidad. Esta última es preciso observarla como una relación que nace de una complejidad de relaciones afectivas, biológicas, genéticas y jurídicas, en vez de conceptualizadas sólo como la relación existente entre la madre que pare y el hijo o hija que dio a luz.

Para finalizar, un tema aún pendiente en torno a los derechos reproductivos es el aborto, al cual hay que ubicarlo como una alternativa para la interrupción de embarazos no deseados o riesgosos para la mujer embarazada. Pude ser una alternativa para las mujeres, que se ubica en los derechos reproductivos, en el ámbito del derecho a la protección a la salud y a una maternidad libre. Con esta opción se antepone la defensa a una vida digna de la mujer y de sus hijos e hijas, a la defensa de los que se ha llamado "fetismo" O la "defensa de la vida intrauterina".

"En este contexto la definición de un tipo penal sólo debe existir cuando el aborto sea practicado en contra de la voluntad de la mujer embarazada o sin tomar las precauciones debidas para evitar los daños a su salud y a su vida." (Véase Pérez Duarte Alicia, op. cit. pp. 96-97).

3.12.3. Dimensión política.

En esta dimensión se suscriben todas las voces que defienden o niegan a los derechos reproductivos y sexuales, como son: las y los médicos, tomadores de decisiones, las y los ciudadanos, gobierno, asociaciones no gubernamentales de mujeres y feministas asociaciones civiles, investigadores, legisladores, grupos intervencionistas en el control de la natalidad y la Iglesia católica.

En primer lugar, los y las ciudadanas se suponen beneficiarios o no de las acciones de las políticas de población, salud y planificación familiar, a su vez, son los titulares de los derechos humanos y, por supuesto, de los derechos sexuales y reproductivos. Mujeres y hombres se constituyen en los actores centrales que exigen las condiciones de recursos y poder para ejercer sus derechos. Hecho que, suponemos, se da sólo si los ciudadanos y ciudadanas han desatado procesos de conciencia que los lleven a ir construyendo una ciudadanía plena, de no ser el caso, observarán a los derechos como una dádiva que les otorga el Estado, actitud dominante en los ciudadanos, que expresa su carácter pasivo.

En los escenarios políticos y sociales han aparecido novedosas expresiones de la sociedad civil organizada, nos referimos a las organizaciones no gubernamentales. ONG's de mujeres y feministas que han comprometido su trabajo en torno a la defensa y exigencia de condiciones, recursos y poder para ejercer los derechos de la reproducción y la sexualidad, tal trabajo ha incidido en los distintos gobiernos, en la elaboración de propuestas e instrumentación de políticas públicas de salud con un enfoque de género.

En contraparte están también organizaciones pro natalistas y de la Iglesia que generan discursos y movilizaciones en contra de los derechos sexuales y reproductivos. Los intervencionistas en el control de la natalidad vienen del siglo XX, la acción de la Iglesia en la represión de la sexualidad y el control de la vida reproductiva atraviesa los siglos. Estos dos actores parten de supuestos totalmente distintos para expresar sus posiciones, pero tienen un elemento en común, el cercenamiento de la libertad reproductiva y sexual de las mujeres.

La institución religiosa actúa de dos maneras. Presiones políticas sobre la acción de los Estados nacionales y de los mecanismos internacionales, en el sentido de interponerse a leyes y prácticas sociales que garanticen el acceso a los medios materiales y legales para la anticoncepción, la práctica del aborto legal y la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles. La otra forma de actuación es directa sobre la conciencia de los sujetos, particularmente la de las mujeres, para la Iglesia la vida reproductiva y sexual de las mujeres debe estar obligatoriamente vinculada a la de maternidad. La misoginia, que impera en la institución eclesiástica, hace suponer la disponibilidad instrumental y cosificada de las mujeres al argumentar que los procesos corporales de gestación son exclusivamente biológicos y no subjetivos.

Otro de los actores que destacan son políticos de la población y de la planificación familiar, es decir, los tomadores de decisiones en este campo; "quienes a partir de su supuesto conocimiento de la población y de las características de su evolución demográfica y de su salud, proponen una serie de acciones y medidas para regular racionalmente el ejercicio de la sexualidad y la reproducción." (Figueroa Perea, Juan Guillermo, op. cit. p. 3).

Otra instancia está constituida por los prestadores de servicios, particularmente los relacionados con la salud, en este sector los médicos tienen un poder extremadamente influyente en el debate público. Sobre el asunto, sus posiciones versan en tres sentidos: a favor de los derechos reproductivos bajo la perspectiva

feminista, a favor del control de la natalidad, o a favor de la acción de la Iglesia en cuanto a la represión y censura de los derechos reproductivos y sexuales.

Otro grupo lo constituyen los investigadores sobre el tema, todos aquellos que se dedican a la generación del conocimiento sobre aspectos relacionados con las políticas sociales, los derechos humanos y la reproducción de la población. Éstos no actúan de manera aislada, su trabajo está conectado y muchas veces se confrontan y generan conflictos, sobre todo en el campo del deber ser y las expectativas que tiene cada quien de acuerdo a su propia visión del mundo. A lo anterior se añade la falta de consenso sobre la conceptualización de los derechos reproductivos y sexuales, así como de sus contenidos, en cuanto que ésta es construida y redefinida a través del quehacer social de los involucrados en los diversos niveles de análisis.

En la dimensión política uno de los actores protagónicos de los derechos sexuales y reproductivos, ha sido el movimiento de mujeres y la cultura feminista. La deconstrucción de la historia en la vida privada fue un camino para que las mujeres comprendieran las formas de poder que eran ejercidas sobre sus cuerpos. Para que pudieran emerger los derechos reproductivos como tales, tuvieron que ser anteceditos por un largo proceso que sacó del silencio las instancias de la vida reproductiva y transformó en historia los hechos allí vivenciados.

La praxis que acompaña tales hechos se encuentra influida por el feminismo, éste realizó una conquista fundamental en la transformación de las relaciones género al instituir en el proyecto de transformación social a un sujeto político que rompe históricamente con la heteronomía de lo que se denomina la condición femenina, proporcionando a las mujeres la posibilidad de romper con la condición de víctimas y de transformarse en individuos autónomas, lo que significa tener existencia propia dotada de autonomía y derechos. "Únicamente si soy una persona autónoma puedo tomar decisiones morales que me convierten en mejor o peor persona, mi valor, es decir mi dignidad está construida por mis propias decisiones morales,

indudablemente mi conciencia puede equivocarse, pero por eso debe ser educada para no caer en lo que Sartre llama la mala fe (echarle la culpa a otros de mis propias decisiones morales). Así las razones válidas para nuestras decisiones morales se fundamentan en nuestra jerarquía de valores, pero conscientemente asumidos." (Hierro Graciela, 2010).

Así, se torna viable lo que Hannah Arendth definió como el derecho a tener derechos, ya que exige un sujeto que anuncie su proyecto y tenga acción en la esfera política, en la cual las decisiones sobre los intereses colectivos son adoptadas, sean estos intereses de naturaleza pública o privada.

La vivencia cotidiana de los hechos de la reproducción y de la sexualidad con libertad e igualdad exige derechos negociados en la esfera pública, que implican formulación e implantación de políticas públicas, elaboración de leyes y de otros instrumentos de mediación en las relaciones sociales. El movimiento de mujeres como sujeto político fue el que legitimó la discusión política alrededor de este tema, como una parte de la agenda de por la democracia, tanto en los planos nacionales en varios países del mundo como en las esferas del debate público internacional, tal es el caso de lo ocurrido en las Conferencias de la ONU de El Cairo, 1994, y Beijing, 1995.

De acuerdo COñ OÜveira "...es necesario enfatizar la notable contribución del movimiento feminista que en sus formas propias y variadas dio y continúa dando a la misma democratización de la sociedad en la toma de conciencia del Estado sobre sus deberes. Es una democratización que se da en lo cotidiano y que por lo tanto tiene todo para ser de una radicalidad, que los más optimistas no son capaces de sospechar." (Oliveira, Francisco, 2005). Tal contribución, se produce en varios campos, en los que desde luego están incluidos los derechos reproductivos.

La conquista de los derechos legales que garanticen la libertad de elección está totalmente anclada en la lucha por derechos sociales. En tal sentido, cuando el

movimiento de mujeres demanda políticas sociales para la vivencia de los derechos reproductivos, lleva a cabo una doble acción. Amplia las áreas de actuación social del Estado, al mismo tiempo que defiende uno que esté comprometido con el bienestar de la población. En el campo de las instituciones políticas, el debate en torno de los derechos reproductivos proporcionó una contribución importante para la democratización del Estado. En el enfrentamiento con la Iglesia católica sobre la legalización de la práctica del aborto, el movimiento de mujeres y feminista reivindica el carácter laico del Estado como un punto central de la democracia. De tal manera, éste no puede regular la vida social a partir de la norma de una institución religiosa sin perjuicio de la libertad de los individuos.

Los derechos reproductivos, derechos humanos sociales, han desplegado a lo largo de nuestro continente la lucha por una atención integral a la salud de las mujeres, tema que se ha constituido prioridad en el movimiento feminista. La lucha por políticas sociales en el área de salud unificó las demandas feministas en el mundo occidental, y es alrededor de ese tema que se estructuran las principales redes de derechos reproductivos. Hoy, la salud reproductiva de las mujeres aparece como un nuevo punto en la agenda política.

Para finalizar, es preciso destacar un reto: la formación de la opinión pública que ha de constituirse en una estrategia central para la implantación de los derechos reproductivos, se hace entonces necesario construir apoyo social para la adquisición de esos derechos, en tanto, las decisiones políticas son directamente influenciadas por las presiones de la sociedad civil.

CAPITULO IV: Acciones del gobierno mexicano hacia la universalización de los servicios de salud y las disyuntivas de los órdenes de gobierno en materia de planificación familiar y salud reproductiva.

4.1. El Sistema de Protección Social en Salud.

Como hemos estado analizando, la CPEUM fue pionera en garantizar constitucionalmente el Derecho a la Salud conforme a lo establecido en el artículo 4º, sin embargo, el Sistema Nacional de Salud siempre se ha conducido de manera fragmentada y no se ha logrado el acceso efectivo a los servicios de salud al total de la población entre estas a las mujeres.

Fue hasta el 2003, cuando se reformó el artículo 3º de la Ley General de Salud, que se comenzó a hablar de Protección Social en Salud y se hizo referencia al Estado como responsable de garantizar dicha protección.

A pesar de los esfuerzos del gobierno mexicano por alcanzar la cobertura universal en salud, acabar con los índices altos de pobreza y proveer de una vida digna a la población mexicana, no se había observado un avance importante hacia la universalización de los servicios sino hasta el 15 de mayo del año 2003, cuando se creó el Sistema de Protección Social en Salud, y como componente para la atención, la creación del Seguro Popular.

En 2003, el gasto en salud erogado por las familias mexicanas para la atención médica y el cuidado de la salud en general, alcanzó el 58% del gasto total de este Sector. Es por ello que en dicho año se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Hasta el 2010 el Seguro Popular (SP) era público, voluntario y gratuito para la población ubicada dentro de los dos primeros deciles de ingresos, es decir, los hogares con mayor marginación; a partir del 23 de junio del 2010, por las

modificaciones a la Ley General de Salud, se consideró hasta el cuarto decil como no contributivo. A las familias ubicadas del quinto al décimo decil les corresponde el pago de una cuota anual de acuerdo al nivel de ingresos.

Uno de los principales objetivos del Seguro Popular es brindar protección financiera a las familias que no cuentan con seguridad social o algún tipo de aseguramiento para tener acceso a los servicios de salud, sin obstáculos económicos ni barreras geográficas. Su modelo financiero se sustenta en un esquema tripartito, es decir, mediante aportaciones del gobierno federal, de las entidades federativas y de las contribuciones de los afiliados.

Los recursos son ejercidos en la prestación de servicios de salud de acuerdo al Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes), las intervenciones que contempla el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), y el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), en lo que concierne a infraestructura, equipamiento, servicios básicos en estados con mayor marginación y el pago por la prestación interestatal de servicios.

La aportación que realiza el gobierno federal es de forma anual y se efectúa por cada persona afiliada al SPSS; está integrada por los conceptos de Cuota Social (CS) y Aportación Solidaria Federal (ASF). La primera equivale al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario y año con año se va actualizando conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor. A partir del año 2010, con la modificación a la Ley General de Salud, la CS se calcula por persona, de 2004 a 2010 esta cuota se otorgaba por familia. La ASF representa por lo menos 1.5 veces el monto de la CS y ésta proviene del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Fassa).

En el caso de las entidades federativas y la Ciudad de México, la forma de apoyar financieramente al Seguro Popular es mediante Aportaciones Solidarias Estatales (ASE), las cuales se realizan por persona afiliada y por lo menos el monto debe ser equivalente a la mitad de la Cuota Social. Por último, dentro del financiamiento del

SP se encuentra las cuotas de las diferentes familias afiliadas, el monto depende de las condiciones socioeconómicas de cada una de ellas, las cuotas son anticipadas, anuales y progresivas.

En sus inicios, el Seguro Popular contaba con un Catálogo de Beneficiarios Médicos (Cabeme), que contemplaba 78 intervenciones clasificadas en 6 rubros: 1) servicios de medicina preventiva, 2) servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio, 3) servicio de consulta externa, 4) servicio de salud reproductiva, 5) servicio de odontología, 6) servicio de urgencias, hospitalización y cirugía (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública 2010). Posteriormente fue sustituido el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (Cases), donde se incrementó a 91 intervenciones de servicio médico en el año 2014; un año después esta cifra subió a 154 intervenciones como respuesta al aumento de familias afiliadas. En el año 2016, el Cases fue sustituido por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes) (Secretaría de Salud, 2017).

El Causes es el conjunto de servicios de salud que cubre el Seguro Popular o SPSS, fundamentalmente para la prestación de servicios de primero y segundo nivel de atención. Se agrupan en intervenciones que contemplan acciones de diagnóstico, tratamiento de enfermedades y en algunas ocasiones medidas de rehabilitación. Este catálogo está basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10).

En el año 2009 el número de intervenciones incluidas era de 266 y, para el año 2010, con el objetivo de disminuir los índices de mortalidad materna y fortalecer las acciones en el área de gineco-obstetricia, esta cifra aumentó a 275 intervenciones; finalmente, en el año 2012 se incrementó a 284, donde las acciones se dirigen a la prevención de enfermedades como diabetes, tratamientos para trastornos de la alimentación, atenciones para el adulto mayor y nuevos esquemas de vacunación (Ídem.).

Otra parte del sistema es la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), instancia responsable de la actualización de las intervenciones del Causes de acuerdo a la implementación de algunos programas federales relacionados con el cuidado de la salud y/o factores en el desarrollo epidemiológico de la población en el país.

Desde su creación y hasta 2012, la cobertura poblacional del SPSS mantuvo una tendencia en aumento. En el año 2004, 5.3 millones de personas estaban cubiertas por el Seguro Popular, para el siguiente año aumentó a 11.4 millones, es decir, se duplicó el número de personas; hasta el año 2009 mantuvo una variación promedio de 29% hasta llegar a 31.1 millones de personas afiliadas ese año; para los siguientes tres años la tendencia se mantuvo en aumento, en el año 2012 ya eran 52.9 millones de personas beneficiadas por el Seguro Popular.

En el año 2010 se mostró un avance significativo en número de afiliados, al registrar 12.4 millones más de personas afiliadas que el año anterior, debido a que el financiamiento cambió de familia a persona.

Por otro lado, en el año 2007 se creó el programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), el cual tuvo un gran impacto en la sociedad; dirigido a recién nacidos, en el mismo año de su creación 0.6 millones ya estaban afiliados, tres años después, ya eran 4.3 millones y en el año 2012 ascendió a 6.6 millones el número de niños afiliados y por ende cubiertos por el SPSS (Centro de Investigación y Docencias Económicas. (2013). Avances y temas pendientes de la política de salud en México. Una revisión de los principales indicadores. México. p. 182).

En el caso de mujeres embarazadas sin seguridad social, a partir del 2008 tienen acceso a los servicios de salud, esto como parte de los objetivos del programa Estrategia de Embarazo Saludable (ES). En 2009 las mujeres afiliadas al programa sumaron casi 569 mil, y para el año 2012 el número llegó 1'830,934 afiliadas (Ibídem, p. 183). Lo anterior, además de mejorar la calidad de vida de las mujeres

en la etapa del embarazo, también influye en la disminución de los índices de mortalidad materna y recién nacidos.

De acuerdo al Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud Enero-Junio 2017, de 2004 a 2017, en términos de afiliación acumulada al Seguro Popular, pasó de 5.3 a 53.5 millones de personas (Secretaría de Salud, op. cit., p. 5).

Algunos de los avances que paralelamente se encuentran al desarrollo del Seguro Popular son los temas relacionados con la portabilidad de derechos y la coordinación interinstitucional para la prestación de los servicios de salud en el país, temas que se abordarán a continuación y han seguido la línea hacia la universalización de los servicios de salud en México.

4.2 Portabilidad y convergencia

La portabilidad, dentro del contexto del cuidado de la salud en México, se refiere principalmente a las condiciones de las personas usuarias de los servicios de salud para contar con cobertura financiera en cualquiera de las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), para recibir atención médica, sin importar lugar de residencia o esquema de aseguramiento.

Dentro de los avances en el tema de la portabilidad se encuentran la instrumentación de un padrón general de salud y acciones encaminadas hacia la integración de un expediente clínico electrónico.

El Padrón General de Salud (PGS), como esquema de identificación, busca facilitar la atención y el intercambio de servicios de salud, mediante el conocimiento previo de los usuarios respecto a su condición de aseguramiento, con el fin de delimitar la cantidad de usuarios y el nivel de cobertura de las instituciones, y así promover la

inversión en sistemas de información y comunicación para la integración y coordinación de las instituciones del SNS.

Además, se encuentra el Expediente Clínico Electrónico (ECE), éste es una herramienta para que las instituciones de salud conozcan el historial clínico de las personas usuarias o derechohabientes a través un registro único a nivel nacional, y con ello facilitar el intercambio de servicios y gestionarlos de manera eficiente. Es decir, se pretende conocer cualitativa y cuantitativamente a los pacientes respecto a las enfermedades que padecen, para fines estadísticos y para saber si las unidades médicas cuentan con la infraestructura necesaria para cubrir la demanda de los servicios.

La convergencia, por su parte, se refiere a la integración del SNS a través de la coordinación para el uso compartido de recursos, reducción de costos administrativos, formación y disponibilidad de recursos humanos, así como compra coordinada de medicamentos para disminuir el desabasto en las unidades médicas.

Un instrumento de convergencia entre las instituciones son las Guías de Práctica Clínica (GPC), que sirven para la estandarización de los procesos de atención médica y la coordinación interinstitucional con el fin de lograr la homogeneidad y eficiencia en la atención médica. Las GPC son aprobadas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec), y se incluyen el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica.

La adquisición y compra de medicamentos de forma coordinada, como parte de las acciones de convergencia, se enfoca hacia la optimización del gasto en la compra de medicamentos y otros insumos para las unidades del sistema nacional de salud.

Por su parte, el Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud (PMSRS) es un instrumento de información en materia de recursos físicos y humanos del SNS; en éste se identifican los criterios para la planeación y construcción de infraestructura

nueva, así como la optimización de otras, con base en requerimientos prioritarios en función del perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población.

En cuanto a la formación y disponibilidad de recursos humanos de la salud, el PMSRS también plantea una visión integral donde la información sobre infraestructura en las instituciones del SNS es una variable a considerar en el ordenamiento e inversión en recursos humanos.

Otro instrumento de convergencia en el sector salud es el intercambio de servicios, en éste se establece el aprovechamiento de la capacidad instalada de las instituciones, entidades federativas y municipios. Cabe señalar que el intercambio de servicios puede considerarse el punto de intersección entre la portabilidad y la convergencia, ya que en éste se ponen en práctica todos los instrumentos de ambas herramientas, por lo cual es una parte fundamental entre las acciones hacia la universalización de los servicios de salud en México.

4.3. El intercambio de servicios de salud en México

A partir de los años dos mil, la coordinación se enfocó en la estrategia de descentralización, principalmente a través de los trabajos del Consejo Nacional de Salud, donde participan los secretarios de salud de los estados.

La estrategia de descentralización tiene dos modalidades: 1) la descentralización por circunstancias geográficas y políticas que han dado lugar a los servicios estatales de salud (Sesa); y 2) la descentralización por función para alcanzar mayor eficacia y eficiencia en áreas sustantivas, tal es el caso de los Institutos Nacionales de Salud.

En América Latina y en México, con excepción de Cuba, los sistemas se han integrado mediante la intervención combinada de instituciones de seguridad social, servicios públicos y sector privado (Veronelli, J., 2013. p 63). Cada ámbito

institucional tiene proyección sobre un grupo de población, se enmarca por regulaciones específicas y tiene mecanismos propios de financiamiento. Naturalmente, debido a su evolución independiente, este modelo ha dado lugar a desigualdades en el acceso y calidad de beneficios que reciben los diferentes grupos de población.

En México, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 planteó la consolidación de un Sistema Integrado de Salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad.

La Estrategia 5, acción 5.5 de dicho plan buscaba promover mayor colaboración entre las instituciones, entidades federativas y municipios para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de la prestación de los servicios de salud (Secretaría de Salud, op. cit., p. 114).

El intercambio, o prestación indirecta de servicios entre los estados y las diferentes instituciones de salud, se centra en los esfuerzos hacia la universalización de los servicios de salud en el país mediante la convergencia y el acceso efectivo de la población para recibir atención médica.

Algunas circunstancias que se analizan y consideran para la viabilidad del intercambio de servicios en el sector salud son:

- La estructura institucional del sector, ya que en ocasiones las instituciones constituyen verdaderos subsectores con universos, reglas y finanzas particulares, es decir, una completa heterogeneidad entre las instituciones involucradas.
- Las disposiciones legales que determinan sus alcances y competencias de las instituciones en lo que respecta a los usuarios. En este sentido, los convenios marco y específicos entre las dependencias y entidades

federativas regirán las bases, lineamientos y normas para la operación de los servicios.

- La disponibilidad de infraestructura, tecnología y recursos humanos.
- Las diferencias de capacidad instalada entre las instituciones, tanto en lo que se refiere a su distribución geográfica como a sus niveles de resolución, en este caso, se refiere a especialidades de alta tecnología médica. En algunas zonas también tiene trascendencia las disponibilidades locales de hospitalización general que pudiera tener una institución frente a otra.
- La relación existente entre el número de usuarios que demanda cierto tipo de atención, frente a la disponibilidad de instalaciones o recursos de salud de una institución.
- La existencia de recursos financieros para ejercer la prestación de servicios y la correspondiente flexibilidad administrativa para ejercerlos.

Con lo anterior, se puede inferir que el intercambio de servicios es factible cuando existe un sistema de salud fragmentado y se presentan desequilibrios en disponibilidad de infraestructura y de recursos en general, tal es el caso del Sistema Nacional de Salud en México.

4.4. Convenios y Acuerdos

La demanda de servicios, dentro de la estructura sectorial actual, requiere por parte del entramado institucional de salud una serie de políticas, estrategias y medidas de planificación y presupuesto para lograr los resultados esperados en cuanto a la oferta de servicios a la población. Esto permite el establecimiento de un marco de acción para los entes públicos y abren las posibilidades de mayor flexibilidad a los niveles administrativos locales y federales en la realización de acuerdos y formulación de convenios.

El 2 de octubre de 2011, con el Memorando de entendimiento para la optimización del SNS firmado por el IMSS, ISSSTE y la SSA, se comenzaron a desarrollar

acciones con base en la planeación y coordinación entre las instituciones para el aprovechamiento de los recursos humanos, técnicos e infraestructura para garantizar el acceso a los usuarios a los servicios de salud (Ramírez Rojas, G., 2016).

En marzo del 2013, dichas instituciones suscribieron el “Convenio General de Colaboración Interinstitucional en Materia de Prestación de Servicios de Salud” (Ídem.), con el objetivo de establecer los lineamientos para el aprovechamiento de la infraestructura.

Como parte de esta estrategia de coordinación, en 2016 se firmó el Acuerdo de Colaboración Interinstitucional en Materia de Prestación de Servicios de Salud entre la SSA y el ISSSTE, con el fin de otorgar servicios de alta especialidad a los beneficiarios del Seguro Popular y viceversa, los beneficiarios del ISSSTE podían atenderse en los hospitales de especialidades de la SSA.

En el año 2017 se suscribió el Convenio Marco de Colaboración y Coordinación en Materia de Portabilidad de Derechos y Prestación de Servicios de Salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, en el conjunto de las unidades médicas incorporadas al SNS en México.

En mayo de ese mismo año se dio un gran paso al suscribir el Convenio General de Colaboración en materia de Emergencia Obstétrica entre el IMSS, ISSSTE y SS; en 2013 se incorporó el programa IMSS-PROSPERA. Este convenio se considera parte fundamental de las acciones hacia la universalización de los servicios de salud en el país y del intercambio interinstitucional planificado.

Con el fin de que los afiliados al Seguro Popular puedan recibir atención médica sin restricción alguna en los servicios estatales de salud y organismos públicos descentralizados de las treinta y dos entidades federativas, el 23 de octubre del 2009 se firmó el Convenio de Colaboración Específico y Coordinación en Materia

de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica entre las Entidades Federativas, que para su operación se llamó “Convenio Específico de Portabilidad Nacional 32 x 32”.

Para fortalecer y consolidar el intercambio de servicios en el sector salud, el 12 de mayo de 2011 se suscribió el “Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios”, entre el IMSS, la SS, el ISSSTE, la CNPSS, los Servicios Estatales de Salud (Sesa) y diversas unidades coordinadas por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Dicho Acuerdo se firmó con el objetivo de fijar los lineamientos generales para la apropiada operación del intercambio de servicios, mediante un sustento legal y homologado entre las instituciones de salud, así como un control, registro y una adecuada organización de los servicios intercambiados. Su finalidad es incidir en la optimización de infraestructura, recursos disponibles y mejorar la oportunidad y calidad de los servicios de salud.

En el gobierno actual, respecto a la planeación nacional, la universalización de los servicios es un tema importante dentro de las metas a cumplir. A continuación, se muestra de forma desagregada los objetivos y las estrategias expuestas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Prosesa), relacionadas con el tema de la presente investigación:

PND 2013-2018 Meta	PND 2013-2018 Objetivos	PND 2013-2018 Estrategias	Prosesa 2013-2018 Objetivos sectoriales
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

México Incluyente	2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.3. Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.	
México Incluyente	2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.3. Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.	
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
México Incluyente	2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.1. Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos	

		sociales. 2.4.2. Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población.	
--	--	---	--

Elaboración propia, con información retomada del DOF, 2017.

En el año 2016, teniendo como antecedentes los convenios antes señalados y los objetivos y metas del PND, en el mes de abril se celebró el “Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud”, entre la SSA, IMSS e ISSSTE. Su objetivo principal es avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, así como, al igual que los demás convenios y acuerdos, garantizar el acceso efectivo con calidad a los servicios de salud a la totalidad de la población mexicana, independientemente de su edad, condición económica o lugar de residencia. Este acuerdo:

“... incluye diez compromisos encaminados principalmente a eliminar las barreras que genera la fragmentación jurídica institucional, fortalecer la coordinación entre el IMSS-PROSPERA y el Seguro Popular, homogeneizar el modelo de atención entre las instituciones participantes, operar el Padrón General de Salud, celebrar instrumentos jurídicos para prestación e intercambio de servicios y promover el autocuidado. De inicio participan el Estado de México, Oaxaca y Baja California e incluye 14 intervenciones diagnósticas y de tratamiento especializado...” (Ídem.).

Este instrumento puede ser considerado como la culminación de la suma de voluntades hacia la universalización de los servicios de salud, y punto nodal de las acciones del Estado en lo que corresponde a la provisión y acceso efectivo de los servicios del Sistema Nacional de Salud mexicano.

4.5. Propuesta de FUNSALUD, hacia la universalidad de los servicios de salud.

La institución fue creada en mayo de 1985 bajo la iniciativa de un grupo de empresarios mexicanos comprometidos y preocupados por el desarrollo del país.

De acuerdo a su Manual de Organización:

“...es una asociación civil, autónoma, sin fines de lucro, inscrita en el Registro Público de la Propiedad, en la sección de Personas Morales Civiles, y en el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CONACYT, situación que le hace posible de disfrutar de estímulos fiscales y facilidades que el gobierno de México otorga para impulsar el desarrollo científico y tecnológico y la filantropía. Está inscrita en el Registro Federal de Organizaciones de la Sociedad Civil, situación que le permite acceder a recursos federales. Cuenta con el registro en la Oficina de Integridad de la Investigación del Departamento de Recursos Humanos y Salud de los Estados Unidos de América”.

En este marco, el compromiso de la empresa (expresado en su objetivo que es la investigación en temas en salud, para la formulación, seguimiento, y valoración de políticas y programas en salud), y la relación que hay con el gobierno mexicano, tiene como resultado que el poder ejecutivo en México perfile las políticas en salud de la mano con esta institución; el caso más concreto es la implementación del Sistema de Protección Social en Salud como política pública del Estado hacia la cobertura universal en salud de la población mexicana incluyendo claro a las mujeres.

Una vez comprendidos los antecedentes de la empresa Funsalud, a continuación, se abordará su propuesta en el contexto mexicano.

La propuesta se da a partir de problemáticas detectadas en la prestación de los servicios de salud en México, de acuerdo con el documento de Funsalud que señala:

“existen graves diferencias en la calidad de atención de los servicios de salud públicos y privados, con una consecuente inequidad, distintos grados de eficiencia y serias duplicaciones dentro de las instituciones del Sistema Nacional de Salud” (Fundación Mexicana para la Salud. Institución privada al servicio de la Comunidad. (2011). Proyecto de Universalidad de los Servicios de Salud. México. p. 49).

Parte de la propuesta de Funsalud nace de la premisa del Dr. Julio Frenk Mora, de que:

“el país necesita transitar hacia el siguiente estado de la seguridad social, que es la protección social universal” (Ídem).

La propuesta de Funsalud se orienta a la separación de las funciones de financiamiento con la de prestación de servicios de salud, es decir, plantea que el financiamiento sea a través de un fondo único de impuestos generales: “Seguro único de salud”, y la prestación de los servicios de salud se dé mediante la articulación de instituciones públicas y privadas, organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados.

Respecto al financiamiento la propuesta central de Funsalud es:

- Legislar una contribución generalizada a través de impuestos generales que sustituya a los sistemas actuales de financiamiento de la atención médica provenientes de fondos generales y cuotas obrero-patronales.
- Establecer además impuestos especiales que por ley tendrían como destino específico financiar la atención médica de todos los mexicanos a través de la imposición a la producción y consumo de artículos que representan un riesgo para la salud (tabaco, alcohol).

- Etiquetar el financiamiento a la salud a través de una combinación de gravámenes sobre el consumo general, impuestos especiales y el ingreso, que con una base gravable amplia no podría ser excluyente de contribuyentes ni de beneficiarios.
- Integrar con estos recursos un fondo único de aseguramiento de atención médica que canalice el financiamiento para la prestación de servicios (Fundación Mexicana para la Salud, op. cit. p. 58).

En lo que se refiere a la separación de funciones del sistema nacional de salud, la Fundación considera que la prestación de los servicios de salud será de mayor calidad y eficiencia en cuanto al uso de infraestructura y duplicidad de funciones e información, si las unidades operativas del sector público o instancias encargadas de los servicios de salud focalizan sus acciones en aquellas que tienen relación directa con la atención.

La propia OCDE ha señalado la deficiencia que tiene la Secretaría de Salud en su papel rector en el tema de la prestación de servicios de salud dentro del sistema de seguridad social, dado que éste se encuentra fragmentado de tal forma que, por ejemplo, en el caso del IMSS la SS no tiene mayor injerencia en la supervisión, porque éste le reporta a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

La Secretaría de Salud funge como rectora del Sistema Nacional de Salud y prestadora de servicios de salud, mediante el Seguro Popular para la cobertura de la población no asegurada.

La propuesta concreta en la separación de funciones del Sistema de Salud de Funsalud supone:

“... sustituir la actual integración vertical con segregación de grupos sociales por una organización horizontal por funciones, en la cual la Secretaría de Salud conservara solamente la función rectora de sector, la función de financiamiento

fuera a través de un fondo único sustentado en impuestos generales, la función de articulación fuera perfectamente definida con reglas del juego que garantizaran el flujo de los recursos y la calidad de los servicios y la prestación de servicios corriera a cargo de las unidades médico hospitalarias públicas y privadas, organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados (Fundación Mexicana para la Salud, op. cit. p. 61).

Cabe resaltar que esta propuesta pretende fortalecer la capacidad rectora de la SS, lejos de su actual función como reguladora del sector o intermediaria. Este cambio pretende que la SS se aparte gradualmente de la prestación directa de servicios y se aboque a la rectoría estratégica a través de acciones como son: definir direcciones estratégicas; formular políticas en salud; establecer un esquema financiero que cumpla con los objetivos de cobertura y calidad deseados; promover la coordinación entre organizaciones, sectores y los niveles de gobierno para el logro de objetivos en beneficio del desarrollo del sistema de salud; regular los prestadores de servicios de salud y cuestiones de sanidad en la oferta de bienes y servicios, entre otras.

Otro punto de la propuesta de Funsalud es la pluralidad de la prestación de los servicios de salud; esto se refiere a la convergencia entre las instituciones públicas y privadas para la prestación de estos a través de redes plurales escalonadas por niveles de atención, cuyo objetivo es alcanzar el acceso efectivo de la totalidad de la población mexicana.

La idea hace énfasis en cubrir a las familias de cualquier padecimiento ambulatorio o atención primaria, a través de la portabilidad de derechos para otorgar servicios dentro de un esquema universal; esto supone que el usuario podría elegir el proveedor de servicios, por lo que se crea un inminente escenario de competitividad entre los proveedores.

Sobre la función articuladora entre el sector público y el sector privado, la propuesta se basa en la confianza y corresponsabilidad de ambos sectores para asegurar el uso racional de los recursos, cumplir con los estándares mínimos de calidad hacia los consumidores y cuidar los bolsillos de las familias mexicanas. En este punto figura la capacidad rectora de la Secretaría de Salud y del Estado para monitorear el uso de los recursos y apego a la normatividad en la operación de ambos sectores.

De acuerdo al documento de Funsalud sobre la universalidad, para que se pueda llegar a la pluralidad de los servicios se requiere lo siguiente:

- Elaborar un diagnóstico de los servicios y recursos privados de salud existentes en el país para incorporar a la regionalización de los servicios de salud y constituir redes plurales de atención médica;
- Favorecer la participación de capitales privados en la creación de nueva infraestructura física de salud, principalmente en proyectos de prestación de servicios hacia las mujeres y en las unidades médicas de alta especialidad;
- Estudiar las condiciones para la participación de prestadores privados de servicios de atención médica, bajo el cumplimiento de condiciones de calidad y eficiencia;
- Impulsar el fortalecimiento de los patronatos de los hospitales de alta especialidad para acrecentar la movilización de recursos en favor de la salud;
- Favorecer la participación de otros servicios privados de apoyo a las funciones sustantivas de las unidades aplicativas.
- Desarrollar una propuesta de participación de capitales privados en la creación de nueva infraestructura física de salud, principalmente en proyectos para prestación de servicios (PPS) y en las unidades médicas de alta especialidad. Esta puede basarse en el análisis de la experiencia de los PPS en México; la propuesta de nueva legislación que está en el Congreso; y la experiencia en otros países: características, condiciones y resultados de la participación privada en la creación de infraestructura;

- Establecer las condiciones para la participación de prestadores privados de servicios de atención médica, bajo el cumplimiento de condiciones de calidad y eficiencia. Requiere el análisis de los siguientes aspectos:
- Recomendaciones que se desprenden de la experiencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed);
- Estándares de calidad del Consejo de Salubridad General;
- Esquema regulatorio de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), principalmente en lo relacionado con el dictamen de práctica médica y vigilancia sanitaria
- La experiencia del esquema promovido por el Seguro Popular y otras figuras en la provisión de servicios médicos;
- Principales exigencias de calidad y eficiencia dentro de la visión objetivo de universalidad;
- Esquema de incentivos para la promoción y supervisión de las condiciones de calidad y eficiencia.

Cabe mencionar que actualmente existe un Plan Maestro Sectorial en Salud que monitorea los recursos físicos en infraestructura disponibles, pero solamente cuenta con el diagnóstico de las instituciones públicas, de aquí la propuesta para promover la apertura hacia el sector privado.

Otro factor importante para las estrategias de financiamiento, articulación y prestación de los servicios de salud en el país es la revisión de la agenda legislativa y del marco jurídico.

En México, en la actualidad está constitucionalmente garantizado el derecho a la protección social en salud, sin embargo, por la integración del sistema de forma segmentada, la condición laboral de las personas determina el acceso a este derecho, es decir, sólo aquella población con un trabajo formal cuenta con seguridad social. Atender esto implica una reforma en la separación de las funciones de las instituciones, la ejecución de las políticas en salud y de los programas federales;

aquí, una vez más suena imperante la capacidad rectora de la Secretaría de Salud para llevar a cabo convenios de coordinación entre las instituciones y las entidades federativas.

Para la homologación de los servicios que brindan, también se requiere reformar la Ley del Seguro Social, debido a las diferentes modalidades de aseguramiento, ya sea para estudiantes, población que voluntariamente se asegura por medio del pago de una cuota anual y trabajadores del campo o de la construcción; por su parte, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley General de Salud, en lo que corresponde a la conceptualización de las modalidades de la prestación de servicios.

Sin embargo, la parte medular, y de mayor complejidad, en materia de reformas jurídicas, es lo referente al financiamiento por medio de una cuota social o impuesto general, junto con un estudio previo del impacto presupuestal de las instituciones proveedoras de servicios

4.6. El Estado mexicano y las políticas de población.

En México, la intervención del Estado en el campo de la población se tornó explícita en 1936 con la Primera Ley General de Población, una Segunda ley se promulgó en 1947 y la Tercera, que rige actualmente, instituida en 1973, marcó un giro considerable en la orientación demográfica del país. Las dos primeras leyes eran de clara inspiración poblacionista, en las que el afianzamiento del culto a la madre prolífica y abnegada era una práctica en las familias mexicanas, "la familia grande en la sociedad mexicana; para la élite, se consideraba un recurso y un estímulo para el crecimiento económico; en los sectores populares en cambio los hijos siguen siendo, la única garantía de solidaridad económica ante el desempleo y el subempleo, así como el único sistema de seguridad en la vejez: Por lo tanto, la familia grande no era meramente reflejo de un sistema de valores, anticuados o 'machistas', sino una adaptación a la situación de extrema precariedad económica

en la que se encontraba (y continúa) la mayoría de la población mexicana" (Márquez, Viviane B.).

El crecimiento de la población tiene una explicación política en nuestro país, y se encuentra estrechamente relacionado con el proyecto de desarrollo nacional dominante hasta los inicios de la década de los sesenta, el keynesianismo. Esta teoría económica observa al crecimiento de la población como la posibilidad de aumento de los productores de riqueza, y de los consumidores internos de la misma. La intervención del Estado en la economía aseguraba mediante la creación de empleos, la política fiscal y, sobre todo, los servicios de educación, salud, vivienda, infraestructura y seguridad social, una distribución progresiva del ingreso.

Por su parte, la Tercera Ley de Población apareció en nuestro contexto nacional fundamentalmente motivada por los resultados del censo de 1960, en los que no quedó duda: en México, la explosión demográfica era un hecho irreversible. Las tasas de crecimiento demográfico se habían triplicado: las primeras proyecciones de población realizadas en el Banco de México por Raúl Benítez y Gustavo Cabrera (Benítez Zenteno R, Gustavo Cabrera, 1966), anunciaban alrededor de 70 millones de habitantes para 1980, incluso bajo la hipótesis de una fecundidad rápidamente decreciente. La población habría de duplicarse en 20 años, de 1960 a 1980, tal proyección resultó verdadera, la tasa global de fecundidad estimada hacia mediados de los años sesenta fue de más de siete hijos por mujer al final del ciclo reproductivo.

En la Ley General de Población de 1973, apareció una clara política de población que marcó una ruptura con la orientación pronatalista de los gobiernos anteriores, y en cambio se hizo referencia al acelerado crecimiento demográfico y la necesidad de controlarlo.

En la declaración presidencial de la citada Ley confluyeron diversos hechos, a continuación, esbozaremos algunos: el pensamiento malthusiano (EL

malthusianismo es una corriente de pensamiento derivada de los principios de Malthus de limitar el crecimiento demográfico para que éste no rebase las posibilidades de la economía. Por extensión se define como poblaciones malthusianas las partidarias de prácticas de control de nacimientos), hacía dos planteamientos concretos: 1) El crecimiento demográfico se había acelerado, y no había evidencias de que el progreso social tuviera efectos directos e inmediatos para reducir el aumento de la población. Ésta no sólo no bajaba sino, que aumentaba visiblemente. Por otra parte, el crecimiento urbano se aceleraba sin que se detuviera el crecimiento de la población rural; 2) la llegada de los jóvenes al mercado de trabajo ya no podía ser absorbida por el crecimiento de la población. En 1969, la tasa de desempleo se calculaba en un quince por ciento de la población económicamente activa, es decir, dos millones de desempleados, para los malthusianos era evidente la incapacidad del modelo de desarrollo económico frente al crecimiento demográfico nacional.

Por su parte, los economistas del Banco de México en 1968, coincidían con la idea del agotamiento del modelo de desarrollo económico." Si México sigue al ritmo de crecimiento actual será inevitable que disminuya en vez de aumentar nuestro crecimiento económico porque en la carrera entre ambos avanza casi siempre más la población que nuestra producción," Francisco Javier Alejo, economista de El Colegio de México, Secretario de Hacienda en el sexenio del presidente Echeverría afirmaba, "la consecuencia más grave de la expansión demográfica que afecta a los países en desarrollo es el desempleo." (Alejo F.J. 1974, p. 91).

Otro aspecto que influyó fueron las investigaciones demográficas realizadas por Benítez Zenteno, Cabrera, Urquidí, investigaciones que fueron importantes en las creaciones de un clima que favoreció el impulso de la Tercera Ley de Población. Sus aportes se traducen, por ejemplo, en que los datos demográficos fueron incorporados, por primera vez, a la planificación económica en el documento elaborado bajo el patrocinio conjunto de la Secretaría de Agricultura, la Secretaría de Hacienda y el Banco de México. "Los demógrafos no eran los únicos en

preocuparse por la natalidad mexicana: desde la perspectiva de la salud materno infantil, se había conformado un argumento de carácter médico que se sumaba al demográfico: Un grupo de médicos, la mayoría de ellos del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se preocupaban de las consecuencias para la salud de las madres y de sus hijos de los embarazos demasiado tempranos, demasiado frecuentes y a intervalos demasiado cortos. A esta preocupación se sumaba el deseo de bajar la tasa muy alta de abortos voluntarios que se suponía poder resolverse con la planificación familiar." (Márquez, Viviane. op. cit. 6).

Otro grupo importante que destaca en el escenario arriba descrito son los promotores de la planificación familiar, éstos formaban parte de las instituciones que ofrecían servicios de planificación familiar al público con lo que acumulaban, en este proceso, una gran cantidad de información sobre los efectos de los diferentes anticonceptivos en la población mexicana. Una de las primeras instituciones en este grupo fue la Asociación Pro Salud Maternal, fundada en 1959 por la Dra, Riceray, quien realizaba investigación sobre anticonceptivos orales en México.

En el escenario internacional, la crisis demográfica estaba en pleno auge. Entre 1962-1972, se organizaron cinco reuniones internacionales en la Naciones Unidas sobre el tema; en 1962, la Asamblea General decidió emprender y apoyar la investigación demográfica; la culminación final de estas actividades tendría lugar en Bucarest en la Conferencia de Población de las Naciones Unidas, en 1974.

A finales de 1970, El Colegio de México (Márquez. Vivianc, op. cit., p, 38), organizó también una Conferencia Regional Internacional (bajo el patrocinio del International Union for Scientific Study of Population), en la cual se aportó el documento más importante entre los estudios realizados en esta institución. Dinámica de la Población Mexicana. Esta Conferencia significa una fecha importante para México en tanto que fue la primera vez que se discutieron públicamente, en un foro nacional, los conceptos de política de población y de planificación familiar, rompiendo así el

tabú que se había institucionalizado a lo largo de los años con todas las tolerancias y excepciones características de la flexibilidad política de los regímenes mexicanos.

La discusión se hace pertinente, ya que no sólo se trataba de reducir la natalidad, sino de elaborar una política de población integral, que influyera tanto en el tamaño como en el incremento, la estructura y la distribución de la población. En este contexto, la planificación familiar aparecía reducida a un simple componente de esta política. Las acciones sobre fecundidad adquirirían un significado ideológico más legítimo, en tanto se encontraban enmarcadas por programas de desarrollo regional, de retención de la población y de reorientación de los flujos migratorios.

Por su parte, Viaviane Márquez plantea que, la selección de la política de planificación familiar por parte del Presidente no dependió del surgimiento de una cuestión social sujeta a un debate público, que pudiera considerarse como impulsor de esta acción. Por el contrario, el elemento catalizador fue un grupo organizado de profesionales universitarios comprometidos con la planificación familiar como instrumento complementario, pero indispensable de una política de desarrollo económica. Fue gracias a que sus sugerencias fueron vistas favorablemente por la única figura habilitada para iniciar nuevas políticas -el Presidente- que la planificación familiar se puso en la agenda oficial. Esto a su vez se debió, en parte, a la compatibilidad de dicha política con el compromiso internacionalista que tenía el presidente Echeverría, así como a su proyecto personal de acciones para promover el desarrollo de México.

Todos estos hechos dieron cuenta de que el tema de la población sería un tema central de política de Estado en el sexenio de Luis Echeverría. En este gobierno, se declaró en la Tercera Conferencia de la Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD III): "Necesitamos fortalecer la responsabilidad de cada pueblo y de cada familia respecto al desafío que implican las altas tasas de crecimiento demográfico...El ritmo de incremento de la población debiera reducirse porque conviene a nuestros pueblos: pero la tarea principal que tenemos por delante es

impulsar vigorosamente e integralmente, el desarrollo." (Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y el desarrollo en Tercera Conferencia de la ONUCED. 1992. p. 185).

4.7. Las reformas jurídicas y la política demográfica.

A partir de esos años, comenzaron una serie de reformas jurídicas como consecuencia de la política demográfica, en virtud de las cuales se dotó a México de un marco legal e institucional necesario para la implementación de la nueva política demográfica. La Ley General de Población fue votada el 11 de diciembre de 1973, y se publicó en el Diario Oficial del 7 de enero de 1974. Se reformó el artículo 4 de la Constitución el 31 de diciembre de 1974, en el que se establecía la igualdad del hombre y la mujer ante la ley, la protección a la familia y el derecho a la decisión libre responsable e informada de cada individuo sobre el número y espaciamiento de sus hijos. El Estado asumió la tarea de informar, educar y garantizar la libertad para tomar decisiones en cuanto a la reproducción, y consideró que sólo un acceso fácil y gratuito a la planificación de los nacimientos garantizaría la igualdad y libertad para decidir el número y espacio de tiempo entre los hijos.

Con la Ley de Población se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO), organismo rector de la política demográfica. Se completaron los instrumentos jurídicos y administrativos para llevar adelante los preceptos constitucionales y legales, a la vez que se extendió la distribución de anticonceptivos en los servicios de salud públicos y privados. Este breve lapso se denomina de "paternidad responsable".

"La ley General de Población y el Reglamento se definieron entre sus ideas, la regulación de los fenómenos demográficos en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución espacial para lograr un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales: la elaboración y el seguimiento de programas de planificación nacional; el respeto a los derechos fundamentales del hombre y a la

dignidad de las familias; la disminución de la mortalidad; la integración de la mujer y de los grupos marginados al desarrollo." (Zavala de Cosío, Ma. Eugenia). Podemos observar que la política demográfica mexicana descansaba en cuatro principios fundamentales.

- a) La integración al desarrollo económico, es decir, se reconocería la política de población como parte de la política global de desarrollo, y como medio para evitar las "consecuencias negativas" del rápido crecimiento de la población sobre el crecimiento económico.
- b) El derecho a la planeación familiar. Era deber del Estado proporcionar la información acerca de la planificación de los nacimientos que pueda garantizar la libertad y la igualdad de los individuos y de las familias.
- c) La protección de la familia "y si es pequeña, vive mejor". El Estado debería garantizar la protección de las mujeres y de los niños, su educación, su bienestar físico y social.
- d) La promoción de la mujer, su igualdad frente al hombre con respecto a la ley.

Pese a que se discutió la despenalización del aborto, la perspectiva gradualista sugirió que el tema fuese tratado con cautela, hecho que persiste hoy en día.

Fue en el sexenio de López Portillo, en el que la política demográfica quedó incorporada al Primer Plan Global de Desarrollo, dentro del cual se formuló el Plan Nacional de Planificación Familiar (PNPF), presentado en octubre. Participaron activamente en las políticas demográficas, distribuyendo entre sus usuarias anticonceptivos. Las tres principales instituciones públicas de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para las Trabajadoras del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, que más tarde se convertiría en la Secretaría de Salud Ssa.).

Cabe destacar que IMSS creó una jefatura de Servicios de Planificación Familiar que tenía como objeto atender al 57% de las nuevas usuarias de métodos anticonceptivos y, a partir de 1990, las clínicas de la institución proporcionaron servicios de planificación familiar a derecho habientes y a población abierta. El IMSS también se dio a la tarea de formar 14 mil 600 parteras empíricas, que cubrían alrededor del 30% de los servicios de planificación familiar brindados por el instituto en el medio rural.

Durante el gobierno de Miguel de la Madrid, se formuló un Programa Nacional de Población que quedó integrado al Segundo Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. En este nuevo Plan se proponía la descentralización de la política demográfica con la participación de los gobiernos de los estados y la creación de Consejos Estatales de Población. También en 1983, quedó consagrado en la Constitución de nuestro país el derecho a la salud y, a partir de 1984, se hizo vigente la Ley General de Salud, que ordenó la creación de un Sistema Nacional de Salud cuyas atribuciones son planear, coordinar e integrar actividades y programas de instituciones públicas relacionadas con la salud, así como concertar acciones con el sector privado. La Secretaría de Salud quedó a la cabeza como coordinadora del sector salud. Ejerce funciones de salud pública para otorgar servicios médicos a la población abierta.

4.7.1. La Planificación Familiar en México.

Los términos "control natal", "control de población" y "planificación familiar" han sido utilizados de manera intercambiable y tratados virtualmente como sinónimos. No obstante, cada una de estas nociones tiene orígenes distintos e históricamente nos remite a discursos y luchas políticas diferentes.

El término "control natal" fue propuesto por Margaret Sanger, en 1915, y surgió como una reivindicación política de los movimientos feministas y socialistas de la época. Su cuestionamiento era la libertad sexual y reproductiva de las mujeres en

la lucha por la autodeterminación y la igualdad de los sexos, y no una preocupación por el tamaño de la población.

El movimiento a favor del control de población ha tenido políticamente una historia diferente a la del movimiento del control natal. El control de la población tiene orígenes malthusianos y neomalthusianos, esta corriente ha enfatizado históricamente su preocupación por la sobrepoblación y su potencial impacto sobre el crecimiento económico, los niveles de pobreza, la disponibilidad futura de recursos naturales y la estabilidad política de las naciones. Malthusianos y Neomalthusianos han confiado en el control sobre el tamaño de la población como el instrumento privilegiado para combatir la pobreza y otros males asociados a la sobrepoblación.

El concepto de planificación familiar tiene otra connotación, en sus orígenes aludió al control de la capacidad reproductiva de la pareja {expresado en la planeación del número y espaciamiento de los hijos) como un medio para promover la estabilidad de la familia y el bienestar de sus miembros. "El término planificación familiar y posteriormente el de paternidad planeada (planned perenthood) fueron acuñados originalmente en 1938 por Kenneth Rose y expresan ambos una nueva orientación política e ideológica del movimiento en favor del control reproductivo, que desde finales de la década de los 80's se despoja de sus orígenes radicales y se convierte gradualmente en un movimiento reformista que tiende un puente ideológico y organizativo entre el neomalthusianismo y el movimiento más radical del control natal.." (Rodolfo Tuirán).

Es de destacar que cada una de las nociones descritas surgió de posiciones políticas e ideológicas distintas, sostenidas por movimientos sociales que ejercieron una gran influencia en el debate contemporáneo. Su punto de encuentro es que todas ellas han contribuido históricamente a modelar las actitudes públicas y privadas, así como las políticas estatales hacia el control reproductivo en general, y la práctica del aborto y la anticoncepción en particular.

Resulta importante destacar que la anticoncepción como práctica, fundamentalmente en las mujeres, ha sido el elemento central para promover el control de la natalidad, control de la población o la planificación familiar. Rodolfo Tuirán nos explica que la anticoncepción ha sido promovida, por ejemplo, como; 1) un medio que permite separar el sexo de la reproducción; 2) un derecho y una condición necesaria para promover la autodeterminación de las mujeres y la igualdad entre los sexos; 3) un instrumento para promover la estabilidad de la familia; 4) una medida de salud; 5) un mecanismo de control social; 6) un instrumento para ajustar el crecimiento de la población a las posibilidades del sistema económico y el medio ambiente natural.

4.7.2. La Anticoncepción en México.

La práctica anticonceptiva en nuestro país ha sido promovida desde diferentes trincheras ideológicas y políticas, cada una de las cuales ha intentado influir y modelar la política pública en la materia.

"Un gran número de organizaciones y actores sociales defendieron durante las siete primeras décadas del siglo pasado el control de la reproducción y la práctica de la anticoncepción en México. Estas organizaciones libraron importantes luchas políticas en el país. Sin embargo, casi siempre operaron como pequeños islotes en un contexto inundado por la ideología poblacionista." (Ibídem. p. 51).

4.7.3. El movimiento a favor del control natal en México.

El movimiento feminista radical a favor del control natal encabezado por Margaret Sanger y Emma Goldman, que se expresó en Estados Unidos en las dos primeras décadas del siglo veinte, tuvo una gran influencia en algunos sectores y organizaciones socialistas mexicanas de la época. Entre los que destacan, está el gobernador socialista Felipe Carrillo Puerto, gobernador de Yucatán, quien levanto

la bandera de la educación sexual y la anticoncepción y se asoció con Margaret Sanger para facilitar la publicación de sus panfletos, prohibidos desde mediados de año en Estados Unidos, ya que en este país se había impedido la distribución y regulación de medidas anticonceptivas. Carrillo Puerto coincidía con Sanger en que el control natal debía ser considerado como un programa de salud, y como precondition de la lucha para alcanzar la autodeterminación de las mujeres y la igualdad entre los sexos.

Fue en el gobierno de Carrillo Puerto donde se establecieron las dos primeras clínicas anticonceptivas del estado de Yucatán. Sin embargo, los esfuerzos socialistas tuvieron algunos obstáculos. Por una parte, fueron pocas las mujeres que asistieron a dichas clínicas y, por el otro, las iniciativas del gobernador fueron rápidamente rechazadas y entorpecidas por la Iglesia Católica.

La defensa por el control natal también fue apoyada por mujeres como Elena Landazurri y la Dra. Torres, ambas trabajaron para que el Congreso Panamericano de Mujeres, celebrado en la ciudad de México, promoviera el establecimiento de clínicas de cuidado prenatal, en las que se difundiera la información anticonceptiva a las usuarias de estos servicios de salud. De acuerdo a su experiencia, la difusión del control natal en México se dificultaba por la timidez natural de las mujeres en materia de sexual, quienes no facilitaban la comunicación abierta y espontánea con los médicos varones, por ello proponían que las clínicas en cuestión estuvieran bajo la supervisión y el control de médicos-mujeres.

Los primeros esfuerzos oficiales a favor de esta medida se iniciaron en 1925 bajo la presidencia de Plutarco Elías Calles. Ese año, el gobierno Federal estableció tres clínicas anticonceptivas y distribuyó entre 200 y 300 mil folletos de Margaret Sanger. Es importante destacar que muchos de éstos fueron distribuidos en el registro civil. Tales iniciativas no contemplaban el control natal como un medio para regular el tamaño de la población, sino como un instrumento dirigido a mejorar la situación de la mujer en México.

En el movimiento laboral de los años veinte existía un clima favorable para difundir el control natal. En la Federación Mexicana del Trabajo se inauguró en 1924 su primera clínica, la cual estaba bajo la supervisión de dos médicas, con el fin de brindar, sin costo alguno para los agremiados de esta organización laboral, la información y orientación necesaria en materia natal; "La organizaciones norteamericanas y los sectores mexicanos que favorecían el control natal fueron particularmente intensos durante los primeros años del periodo postrevolucionario." Sin embargo, hacia finales de esa década, los contactos de las organizaciones situadas en ambos lados de las fronteras eran cada vez menos frecuentes, hecho que coincidió con la reorientación ideológica y política del movimiento norteamericano y, por el otro, con la reafirmación de la política pro-natalista del Estado mexicano.

Durante los años 20's, el movimiento dirigido por Margarel Sanger se alejó gradualmente de sus raíces radicales, como señala Linda Gordon. "las organizaciones que luchaban activamente a favor del control natal ya no formaban parte de la izquierda organizada. Uno de las razones que destaca es la dependencia de este movimiento de recursos económicos provenientes de fuentes de financiamiento que ejercieron gran influencia para alejarlo de sus orígenes radicales." (Rodolfo Tuirán. op. cit. p. 53).

Bajo este contexto, y con la política natalista que caracteriza a los gobiernos de Ávila Camacho y Alemán, en 1947 el Código Sanitario prohibió expresamente la producción, importación, difusión y comercialización de todo producto que impidiera la concepción o interrumpiera el embarazo, y mantuvo la penalización del aborto. No obstante, hacia 1964, tres de cada diez mujeres unidas en la ciudad de México reportaban el uso de algún método anticonceptivo, en tanto que en el medio rural, sólo el cinco por ciento lo hacía.

El resurgimiento de los principios Malthusianos contribuyó a definir de nueva cuenta el rumbo ideológico y político del movimiento a favor del control de la reproducción. La creación de dos instituciones definió el nuevo rumbo: Planned Parenthood Federation of América y la International Planned Parenthood Federation, estas dos organizaciones promovían un acelerado proceso de legitimación de los programas de Planificación Familiar. Un primer indicador de este cambio cualitativo importante es el abandono del término de "control natal" sustituido en las campañas de difusión por el de "planificación familiar", para muchos el primer término tenía una connotación negativa asociada a sus orígenes radicales y a la práctica del aborto. En contraste, el concepto de "paternidad planeada" o "planificación familiar" constituían términos positivos que enfatizaban la importancia de la planeación en la vida familiar. En los Estados Unidos, la demanda explícita era por la planeación de los nacimientos sin que ello implicara necesariamente la reducción de su número.

Los defensores de la "paternidad planeada" trataban a la pareja, y no a la mujer, como la unidad de la que emanaban las decisiones reproductivas -cambio cualitativo importante respecto al control de la natalidad- y por tanto la unidad a la que debería dirigirse la promoción de la anticoncepción. Su objetivo no era cuestionar las relaciones de poder y la desigualdad social que existe en la familia y sociedad como fue el caso de las feministas defensoras del control de la natalidad.

En los años 80's y 90's, las tendencias del crecimiento de la población en el tercer mundo propiciaron acciones permeadas bajo los principios malthusianos, invocando a la planificación familiar como el instrumento más efectivo para lograrlo, estimulando la investigación en materia anticonceptiva que guio finalmente el desarrollo de la pastilla anticonceptiva y el dispositivo intrauterino.

4.8. ¿Qué es la salud reproductiva?

"La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos

relacionados con el sistema reproductivo sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad de 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 tener acceso a métodos seguros, eficaces, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual." (Germain, Adrienne y Kyte Rache, p. 22).

Lo novedoso de la propuesta de la salud reproductiva es el reconocimiento del derecho de toda persona a regular su fecundidad segura y efectiva; tener y criar hijos saludables; comprender y disfrutar su propia sexualidad; y permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y reproducción (Ver Tuirán, Rodolfo y Vania de Salles).

Tres principios básicos orientan la definición de la salud reproductiva: 1) la libertad de elección , que se refiere al derecho de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número, espaciamiento y calendario de los nacimientos; 2) los vínculos con la sexualidad, que reconocen la importancia que tiene para las personas una vida sexual satisfactoria y segura; 3) la atención al contexto cultural y socioeconómico, que es concebido como inseparable de la salud reproductiva, y que alude, entre otros muchos aspectos, a los roles sociales y

familiares de hombres y mujeres, así como su acceso a la información , la educación los recursos materiales y financieros de salud.

Debemos resaltar una diferencia cualitativa importante del enfoque de la salud reproductiva, aquello que ha permitido cuestionar el excesivo interés puesto en el pasado, a la regulación y control de la fecundidad, otorgando en cambio una mayor atención a una de las funciones primordiales de los sujetos que es el disfrute y goce de su propia sexualidad, reconociendo explícita o implícitamente que la sexualidad humana no es un fenómeno que se expresa únicamente en la institución familiar o entre personas de diferente sexo. Con lo cual, se rompe con la herencia del viejo discurso controlista que privilegia la administración del potencial reproductivo en demérito de las virtudes eróticas implicadas en la relación sexual.

Tenemos así que, la salud reproductiva subraya como punto de partida la naturaleza de los problemas de la salud de la mujer a lo largo de su ciclo de vida, y de acuerdo al contexto sociocultural en el que está inmersa; en este enfoque la salud de la mujer va más allá de las funciones reproductivas, y se extiende a los problemas de salud tanto en las etapas previas como posteriores al período reproductivo. De acuerdo con Germain y Dixon Mueller, los servicios de salud reproductiva deberían enfocarse a la salud sexual, la anticoncepción, el aborto, el tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo, servicios ginecológicos y de salud materno infantil, es decir, servicios de salud para las mujeres de todas las edades.

Por otra parte, la salud reproductiva amplía la concepción de salud en los sujetos, al considerar además de los aspectos biomédicos, los sociales y culturales que también intervienen en los procesos de salud-enfermedad. Con frecuencia se le considera a estos casos como cuestiones relacionadas únicamente con la condición física del cuerpo; sin embargo, los aspectos sociales y culturales tienen un efecto importante sobre la experiencia y aparición de enfermedades, así como el modo como se reacciona ante ellas, este hecho lo explica con claridad Lagarde, al destacar el sentido dinámico de la salud en el género femenino, nos dice la autora:

"...La salud de las mujeres es un estado dinámico y dialéctico que sintetiza en el presente toda la experiencia pasada, los eventos y el devenir diario, el transcurrir de cada año y cada década; esto significa que el estado de salud depende del modo de vida asignado por género a todas, y resuelto de manera particular por cada una. Los procesos de cada mujer a lo largo de su biografía y en su cotidianidad permiten conocer, explicar y comprender el estado de su salud." (Lagarde, Marcela, p. 16).

De acuerdo con Salles y Tuirán, el enfoque de la salud reproductiva propicia el establecimiento de vínculos explícitos entre las dimensiones de reproducción, sexualidad, salud y derechos sexuales y reproductivos. Tal perspectiva, al integrar estos derechos en su formulación, obliga a remarcar los contextos institucional, político y cultural, lo que a su vez permite superar el ámbito restringido de lo biológico. Los derechos reproductivos deben comprender, entre otros elementos, la libertad sexual y de procreación, y la disponibilidad de los medios para hacer efectivo este derecho y no un deber impuesto por el Estado o cualquiera de sus agencias. Los derechos reproductivos se asocian con las nociones de la autodeterminación corporal y sexual construidas a partir de principios éticos de carácter universal, en una perspectiva de promoción de la salud y educación de la población, estos derechos conciernen tanto a la prevención de embarazos no deseados como al tratamiento de infertilidad y la esterilidad involuntaria, lo que supone el acceso a la información y a los medios necesarios para asegurar la libre opción de los individuos y el debilitamiento de las reglas y prácticas de naturaleza autoritaria socialmente instituida.

El enfoque de la salud reproductiva también pone de manifiesto la importancia de abordar las relaciones de género con una perspectiva de equidad e igualdad, lo que supone superar, en las interpretaciones y acciones de este campo, los atributos de docilidad y subordinación tomados como inherentes a la condición femenina.

4.8.1. Salud reproductiva y reproducción humana.

La salud reproductiva se halla conformada por un elemento fundamental que vale la pena distinguir, la reproducción humana. Ésta es un hecho biológico en el que intervienen procesos más amplios de reproducción social y cultural. Los procesos de reproducción ocurren en contextos sociales y culturales específicos como otras prácticas sociales, los comportamientos reproductivos y sexuales pueden ser conceptuados como conductas socialmente estructuradas dotadas de significado, en tanto presuponen la existencia de sistemas de representación simbólica, por medio de los cuales los actores sociales determinan la viabilidad o inviabilidad de las conductas posibles. Las prácticas referidas a la reproducción y la sexualidad son fenómenos contruidos socialmente, por ello mismo reciben una diversidad de significados. A pesar del peso de ciertas normas y reglas culturales hegemónicas que las rigen, ellas pueden ocurrir mediante prácticas culturales alternativas. Por ello ningún aspecto de la sexualidad y la reproducción humanas es unívoco o universal.

La sexualidad y la reproducción humanas están inmersas en estructuras y redes de relaciones entre las que se perfilan el poder y subordinación de clase y de género.

Las instituciones sociales como la escuela, el sistema de salud, la Iglesia, la familia, entre otras, al incidir en la construcción de identidades, el control del cuerpo femenino, la división sexual del trabajo contribuyen a moldear los comportamientos reproductivos y sexuales de individuos, familias y grupos sociales. No obstante, los actores sociales no solo son vistos como receptores de reglas, normas, valores, prescripciones y prácticas institucionales que determinan mecánicamente su comportamiento, sino también se reconoce que ellos son intérpretes de y reaccionan frente a ellas, ya sea aceptando, modificando o rechazando sus prescripciones y acciones.

Esta óptica es indispensable para entender que las instituciones, al mismo tiempo que fungen como instancias estructuradoras de comportamientos y actitudes de grupo e individuos, son estructuradas por las acciones desplegadas por estos

últimos en la propuesta de Giddens (Giddens, Anthony. p. 402), acerca de la dualidad de la estructura, es de suma importancia porque sistematiza la relación entre estructura y acción en una perspectiva diacrónica. Las instituciones aparecen como estructurantes de acciones comportamientos, actitudes, pero ellas mismas son estructuradas por acciones pasadas y futuras. De esta forma, al explorar la manera en que ciertas estructuras y procesos sociales influyen en los comportamientos sexuales y reproductivos, así como en las prácticas de salud de grupos y personas, se hace necesario distinguir condiciones como las de género, o las de pobreza que en el caso de la salud reproductiva han sido ampliamente estudiadas por las feministas. Tenemos así, por ejemplo, que la categoría de género en la salud reproductiva y en la salud en general, los roles y valoraciones de género exponen a hombres y mujeres de manera diferencial a procesos protectores o destructivos diversos, los cuales van definiendo riesgos, capacidades de respuesta y efectos terminales diferentes.

Numerosos estudios realizados en países desarrollados indican que la violencia doméstica es un fenómeno sumamente extendido, que afecta principalmente a menores y mujeres. Razón por la que algunos autores sostienen que el hogar es quizá el lugar más peligroso de la sociedad moderna (Murray Straus, por ejemplo, plantea que el matrimonio y la paternidad proporcionan "licencias para pegar"). La violencia doméstica es considerada hoy como un problema de salud pública, en tanto constituye una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad femeninas -más aún, al dañar la capacidad física, mental y emocional de la mujer para ocuparse de su familia, la violencia doméstica afecta también a la salud de otros miembros de la unidad familiar, en especial de los menores- (Banco Mundial 2013). Las investigaciones disponibles demuestran además que, entre las mujeres maltratadas, el riesgo de aborto espontáneo es doble y el dar a luz niños de bajo peso es cuatro veces mayor.

La pobreza de género es un eje de análisis que ha sido preciso considerar en los estudios de la salud reproductiva. La pobreza tiene consecuencias graves para la

salud. Los pobres están expuestos a mayores riesgos y daños debido a las condiciones de insalubridad y los peligros que rodean a su existencia, tanto en el hogar como en el lugar de trabajo; como consecuencia de la malnutrición y la herencia de enfermedades contraídas en el pasado, los pobres también son más propensos a enfermar y su recuperación suele ser lenta, especialmente si el acceso a los servicios de atención es limitado. Uno de los principales mecanismos mediante los cuales incide la pobreza sobre la salud de las mujeres es la nutrición deficiente a lo largo de sus vidas. La subalimentación, la carencia de ciertos nutrientes durante los años fértiles de la mujer, aumenta el riesgo de infecciones o hemorragias durante el embarazo o el parto y alumbramiento prematuro. La subalimentación también puede llevar a la falta de crecimiento, a su vez, la estrechez de la pelvis entre las mujeres con retraso en el crecimiento aumenta el riesgo de mortalidad materna infantil. La desnutrición y el hambre no son monopolio de la mujer, sin embargo, en muchas sociedades y culturas los alimentos no se distribuyen en forma equitativa, en ocasiones las mujeres están obligadas a comer después que los varones, y reciben menos alimentos de alto contenido proteínico y calórico (Ver Population Reports, Mothers's lives matter; maternal health in the community por Lattenmaier, C Listón, L Church, 2015, p. 29).

4.8.2. La institucionalización de la salud reproductiva en México.

Como resultado de las recomendaciones históricas analizadas en el Programa de Acción de la CIPD, en particular lo que se refiere a integrar las cuestiones de población en la planificación del desarrollo, promover la igualdad de género y el adelanto de la mujer, y velar porque todas las mujeres y todos los hombres tengan acceso a una gama completa de servicios de salud de la reproducción, muchos países han adoptado medidas iniciales, a fin de ampliar los programas existentes de planificación de la familia y programas de salud conexos, y han incluido otros tipos de servicios de salud de la reproducción e información al respecto.

En México, una de las primeras acciones de la reforma del Sector Salud fue la creación de la Dirección General de Salud Reproductiva, en la Secretaría de Salud. En el Programa de Reforma del Sector Salud y en el Programa Nacional de Población 2000-2010, se elaboró el Programa de Salud Reproductiva con el propósito de que los individuos y las parejas tengan la capacidad para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos e hijas.

En el capítulo cinco del informe presentado por México para evaluar los logros de la implementación de los acuerdos firmados en El Cairo, se encuentran referidas de manera específica las acciones tomadas respecto al tema de los derechos sexuales y reproductivos. Estos eran algunos de los indicadores que se presentaban como desafíos para el gobierno mexicano de frente a la firma de los acuerdos de El Cairo y Beijing. Precisamente afines de 2014, se estaban diseñando políticas y programas para los sexenios siguientes; y la salud reproductiva, como concepto, apareció cuando menos en el Plan Nacional de Desarrollo, en el Programa Nacional de Población, y en los recién creados Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, y Programa Nacional de la Mujer.

Indudablemente, el sector gubernamental hizo un esfuerzo vertiginoso por incorporar en su discurso el concepto de salud reproductiva. Los aspectos que se destacaron al respecto fueron:

- a) partir de un diagnóstico de las líneas tradicionalmente trabajadas de planificación familiar y salud materno-infantil, se añadieron importantes áreas: salud de la mujer, que incluyó el tratamiento de cáncer cérvico-uterino y de mama; un programa para adolescentes orientado a prevenir embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y adicción a las drogas; y un programa indígena orientado a diseñar un modelo de atención adecuado

a los pueblos indios. Todo lo anterior, se plasmó en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, en 2005.

- b) Estos programas partieron del reconocimiento de los derechos reproductivos definidos en El Cairo, y se propusieron asumir la perspectiva de género en todos sus componentes.
- c) Algunas de las metas del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar eran plausibles, aunque resultaban utópicas. Así, se proponía que para el año 2010 se garantizaría el acceso universal a información y servicios integrales de salud reproductiva; disminuiría la mortalidad materna en un 50%; la causada por cáncer cérvico-uterino en un 15%; disminuirían en un 30% las enfermedades de transmisión sexual, por mencionar algunas (Datos tomados del Poder Ejecutivo, Programa de salud reproductiva y planificación familiar 2000-2010, pp. 13-24).
- d) Los programas de Salud Reproductiva, de Población y de Desarrollo, también incluyeron metas encaminadas a reducir el crecimiento demográfico. Lo que echaba por tierra uno de los acuerdos centrales de El Cairo y Beijing, en el sentido de no fijar índices de fecundidad para reducir el crecimiento demográfico.

La estrategia de información, educación y comunicación resultaba ambigua, por lo que, aunque en los programas se hablaba de crear una cultura demográfica para que las decisiones reproductivas fueran tomadas por convicción, quedaba la duda de si cumplir las metas demográficas lo permitiría. Además habría que, "considerar que los cambios culturales son lentos y no necesariamente compatibles con la rapidez que exigen las metas demográficas lo cual hace sospechar que si éstas se cumplen probablemente será en detrimento de los derechos sexuales y reproductivos" (Espinosa Damián, Gisela, p. 22).

- e) En los programas Nacional de Desarrollo Nacional de Población y en el de Salud Reproductiva y Planificación Familiar se combinó un discurso progresista con metas demográficas reduccionistas. En el Plan Nacional de

Desarrollo (PND) se entrelazaron singularmente la pobreza y el crecimiento demográfico:

La primera de las cinco estrategias que el PND se propuso en materia de población fue: "incidir en la circularidad entre pobreza y rezago demográfico" y dice: Los grupos sociales y las regiones de mayor atraso son también los más rezagados desde un punto de vista demográfico (...)La marginación tiende a conformar un círculo demográfico perverso (...) romper el círculo vicioso de la pobreza significa un desafío de primer orden (...) un factor crítico es reconocer el reforzamiento mutuo que existe entre las acciones encaminadas a combatir la pobreza y las orientadas a reducir el crecimiento demográfico." (Poder Ejecutivo Federal. pp. 99-101).

Enseguida se propusieron algunas medidas prioritarias para combatir la pobreza, y se arribó a la segunda estrategia que consistía en "Impulsar la reducción del crecimiento demográfico," donde se afirmaba que: "El progreso y el bienestar no pueden fincarse sobre bases sólidas si el crecimiento de la población constantemente erosiona la acumulación de los beneficios del desarrollo (...) Por esto (...) nos hemos propuesto (...) una política de población que (...) propicie la reducción del crecimiento demográfico, buscando mejorar las condiciones de vida de la población" (Ibídem). De esta forma, se deduce que la reducción del crecimiento poblacional contribuiría por sí misma a abatir la pobreza y así se mejoraría la calidad de vida y el desarrollo. Este asunto parecía haber sido superado en los debates de El Cairo, cuando se reconoció que la pobreza, la inequidad y el deterioro ambiental no son resultado primordial de presiones demográficas, sino que intervienen las políticas económicas y de desarrollo inapropiadas.

En los mencionados proyectos se siguió dando prioridad a la reducción de la población, subordinando lo más amplio de la salud sexual y reproductiva. Esta perspectiva -la unión entre pobreza y fecundidad- no es del todo errónea. Sin embargo, si se pensara en redistribuir el ingreso, mejorar la calidad de vida, esto repercutiría en las decisiones reproductivas de las mujeres. Se sabe que entre

mayor es el acceso a la educación, al empleo y al ingreso digno, los índices de fecundidad bajan. Esta perspectiva podría funcionar mejor frente a aquélla que pretende enfrentar a la pobreza por la vía de reducir el nacimiento de pobres.

- f) Hay que destacar de entre las acciones emprendidas por el gobierno, la creación en 1995 del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (15 de febrero de 1995), en el que participaban las dependencias más importantes del sector público que estaban desarrollando acciones en esa línea, y representantes de la sociedad civil. Este grupo abrió la posibilidad de construir una política pública integral de salud reproductiva, ellos tuvieron a su cargo la elaboración del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, publicado en mayo del mismo año. Lo significativo de este Programa es que no se limitó al sector salud como piedra angular, sino que además se vinculó a una perspectiva de desarrollo, a las políticas de combate a la pobreza, a las educativas, nutricionales y sociales en general; asimismo, la salud reproductiva apareció como condición para lograr la transición demográfica y para mejorar la condición de la mujer.
- g) Después de estas conferencias, se creó, la Dirección General de Salud Reproductiva con funciones relacionadas a normar, promover y vigilar las acciones del Sector Salud. Ésta amplió las líneas tradicionales en abordar la salud reproductiva, sin embargo, hay elementos que aún presentan carencias, por ejemplo, la perspectiva de género no abarcó todos los componentes, sino que quedó inserta únicamente en el apartado de Salud de la Mujer. De modo que, el enfoque integral que exigen los conceptos de salud sexual y reproductiva no se expresaron con claridad.
- h) La creación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y las directrices impulsadas por la Dirección General de Salud Reproductiva han sido favorables al ampliar y enriquecer las políticas de planificación familiar y atención perinatal. El aspecto médico ha sido enriquecido con un enfoque social, de género y cultural, esto implica atender no sólo nuevas áreas médicas, sino las peculiaridades étnicas, de género y culturales.

Otra parte de la implementación de las políticas públicas era el financiamiento que se otorgaba a éstas. La viabilidad y el buen funcionamiento dependían, en gran medida, del dinero que se otorgara. Así pues, uno de los compromisos de El Cairo y Beijing fue canalizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo el Programa de Acción.

En México, los números indican que entre 2003 y 2006, el gasto en salud fue duramente castigado, pues disminuyó de 3 mil 486.6 millones a 2 mil 339.9 millones de pesos, es decir, en un 33% (Ver Espinosa Damián, Gisela, 2010, p. 26). Contradictoriamente, el recorte del gasto en salud sexual y reproductiva coincidía con el ensanchamiento de programas, líneas de acción y actividades. Para los siguientes años, los fondos públicos destinados a los programas de salud sexual y reproductiva también sufrieron recortes: el gasto social de 2009 representó el 1.8 del Producto Interno Bruto (PIB), la proporción más baja desde 2002.

Las cifras que arrojó el sexenio anterior no hacen más que plantear nuevos retos, y concluir que los acuerdos de El Cairo y Beijing no han sido del todo implementados, existen carencias sobre todo en el presupuesto designado y en el enfoque que se sigue dando. La Encuesta Nacional de Salud 2005 (Ver Cruz Ángeles), realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública, resalta los desafíos que en materia de salud sexual y reproductiva es preciso enfrentar:

- a) 15 por ciento de los jóvenes iniciaron su actividad sexual a los 15 años en promedio. En el caso de las mujeres, 78 por ciento no utilizó en su primera relación ningún método de protección de embarazos no deseados o de enfermedades de transmisión sexual. El 46.6 por ciento de los hombres informó que tuvo su primera relación sexual sin protección.
- b) El 54 por ciento de las adolescentes de 12 a 19 años de edad declaró haber tenido algún embarazo, de los cuales el 17 por ciento terminó en aborto. Aun cuando no se incluyó el cuestionamiento sobre la naturaleza de la interrupción

del embarazo (natural o inducido), Miguel Ángel Lezana, responsable de este apartado, explicó que la literatura internacional establece para los casos de aborto espontáneo en este grupo de edad un rango que va del 8 al 12 por ciento.

- c) En las zonas rurales, apenas 55 por ciento de los jóvenes dijo tener algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. En las áreas urbanas el porcentaje se elevó a 79 por ciento. Entre ellos, el más conocido es el condón (78.3 por ciento), seguido de los métodos orales (69.6 por ciento), el dispositivo intrauterino (28.7 por ciento) y las inyecciones (21.7 por ciento).
- d) Sin embargo, cuando la pregunta se refirió a los conocimientos de los adolescentes sobre los mecanismos para evitar enfermedades de transmisión sexual, únicamente 48 por ciento contestó afirmativamente. Y entre quienes habían tenido relaciones sexuales se reportó una prevalencia de 2 por ciento de ese tipo de infecciones.
- e) En el apartado relativo a la población adulta, la encuesta concluyó que entre las mujeres, 71.7 por ciento no participa de ninguna acción preventiva del cáncer cérvico uterino, aun cuando esta enfermedad es la primera causa de muerte por tumores en el país. De acuerdo con información oficial de la Secretaría de Salud, a diario fallecen alrededor de 18 mujeres a causa de este tipo de cáncer.
- f) Del 28.3 por ciento de mujeres que se practican la prueba de prevención se encuentra alguna anomalía, pero la tercera parte de éstas no recibe ningún tipo de tratamiento médico.
- g) Respecto al cáncer de mama, únicamente 6.7 por ciento de la población femenina se realiza la prueba de detección. De este porcentaje, 20 por ciento no recibe el resultado del estudio y una cantidad similar tampoco sigue ninguna terapia médica.

En el sexenio (2006-2012), pese a los temores ante el arribo de la derecha representada por el Partido Acción Nacional a la Presidencia de la República, las políticas de salud sexual y reproductiva habían dado continuidad con las del período

anterior. Pero las carencias señaladas siguen presentes, asimismo, los retos planteados en continúan vigentes: disminuir los embarazos adolescentes, aumentar el uso de los anticonceptivos, reducir el número de hijos por mujer, bajar el número de defunciones maternas y por cáncer cérvico uterino y de mama, y, en general, hacer más accesibles los servicios a las mujeres, son los principales propósitos del Plan Estratégico en Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud para el periodo 2006-2012. Se trata de un programa planteado de manera muy general, donde se fijan metas precisas, pero no se menciona la manera de alcanzarlas.

Por otro lado, a pesar de que en el Plan se menciona a las organizaciones de la sociedad civil como interlocutoras clave en el trabajo comunitario, no se les tomó en cuenta a (a hora de elaborarlo. Una de las preocupaciones es que la evaluación del programa de planificación familiar se continuará haciendo a partir de metas que, en aras de cumplirse, ponen en riesgo los derechos de las mujeres. Actualmente, no existe un canal formal de participación como el que existía en el anterior gobierno, cuando operó el Grupo Interinstitucional donde las organizaciones de la sociedad civil contaban con representación.

El Plan Estratégico contempla ampliar el número de usuarias de métodos anticonceptivos de 62 a casi 74 por ciento de las mujeres en edad fértil, para el 2016. En la actualidad, son más de 11 millones las usuarias, la meta de la Secretaria de Salud es aumentar esa cifra 15 por ciento al término del gobierno de Peña. Paralelamente, la intención es bajar la tasa de fecundidad de 2.4 a sólo dos hijos por mujer. El Plan sigue sin incluir al aborto como problema de salud reproductiva y por lo tanto, tampoco incorpora estrategias y acciones para frenar el número de muertes debidas a esa causa (Becerril, Julieta, 2016).

4.9. La salud Integral para las mujeres. Un saldo pendiente del régimen.

Existe un amplio espectro de problemas en la salud reproductiva y sexual de las mujeres que necesariamente tienen que ser atendidos con calidad y servicios

asequibles. La salud integral de las mujeres va más allá de los programas de planificación familiar, que se han constituido en la prioridad de los gobiernos mexicanos. La salud integral de la mujer incluye todos los procesos relacionados con la reproducción, pero se agregan los propios de la mujer en etapas del ciclo vital previas y posteriores a la edad reproductiva, y los asociados con el contexto social, el trabajo y el envejecimiento. Así, el concepto integral de salud de la mujer rebasa al de salud reproductiva, para extenderse a los problemas durante todas las etapas en su vida. No obstante, todavía en el campo de la salud sexual y reproductiva existen grandes desafíos por enfrentar.

El gran saldo del régimen en el campo de la salud no sólo lo encontramos en la salud integral, persiste en la, que se refiere a la reproducción, y es preciso mirarlo en la población femenina más vulnerable, la que habita principalmente en las zonas rurales, allí donde impera la pobreza, la baja escolaridad y los elevados índices de fecundidad y mortalidad materno-infantil, pues es la de menos acceso a los métodos anticonceptivos y a servicios de salud. Las indígenas siguen siendo la población con mayor rezago socioeconómico, con altos índices de desnutrición, de mortalidad materna e infantil, de analfabetismo, este grupo poblacional es también el menos atendido. Priorizar la ampliación de cobertura entre la población rural e indígena, la que habita zonas urbanas marginadas y reforzar la información sobre métodos, sus ventajas y riesgos, sobre derechos reproductivos y sexuales, es una tarea insoslayable para el gobierno mexicano.

4.10. Violencia de género. Condición que acompaña a las mujeres en su ciclo vital.

La violencia hacia la mujer, ahora conceptualizada como de género, incluye violación, violencia doméstica, mutilación, hostigamiento y abuso sexual y feminicidio ..."La sexualidad y la violencia hacia las mujeres, temas fundamentales del movimiento feminista y de mujeres para hacer político lo que hasta los sesenta se había visualizado como problemas privados o de las "mujeres , han sido dos ejes

fundamentales que han orientado el análisis la acción de las organizaciones de mujeres en ámbito mundial." (Saucedo, Irma).

El trabajo impulsado por organizaciones de mujeres y feministas fue reconocido internacionalmente cuando se clasificó a la violencia hacia la mujer como violación de los derechos humanos (Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena 1994), y ha permitido avanzar en el análisis y la evidencia requeridos para mostrarla como un problema de salud pública.

Por mucho tiempo la agresión y la violencia contra la mujer fueron considerados como asuntos privados, íntimos y vergonzosos, se mantenían silenciados, la experiencia de una mujer violada, una esposa golpeada, o una empleada hostigada sexualmente, se limitaba a resolverse sólo entre los involucrados, pero, poco a poco, a fuerza de acciones y denuncias el movimiento feminista contemporáneo logró sacar a la luz los delitos que implican la violencia y la agresión contra la mujer.

Recientemente se ha empezado a considerar la relación entre la agresión, la violencia y la salud integral, a la cual se suman evidencias que confirman que la violencia es un problema de salud pública. En la Conferencia de la Población de El Cairo, la discusión en torno a la violencia doméstica fue planteada como un problema que se relaciona con la morbilidad femenina y la mortalidad infantil.

La Organización Mundial de las Naciones Unidas reconoció hace casi 20 años que la violencia afecta la vida de miles de mujeres, sin importar su nacionalidad, clase social o convicción religiosa; tal reconocimiento se debe a los esfuerzos de las mujeres organizadas de distintos países del mundo, que en los años sesenta comenzaron a denunciar los actos de violencia de los que eran víctimas por el solo hecho de ser mujeres. Las Conferencias Internacionales, México 1975, Nairobi 1985, Beijing 1995 y las Convenciones de Viena 1993, Belén Do Para, 1994, propiciaron el reconocimiento internacional de que la violencia contra la mujer obstaculiza el logro de metas para el desarrollo, pero además, es también

reconocido como un problema de salud pública que en el caso de las mujeres se observa como una carga acumulativa de violencia al interior del espacio doméstico que puede generar enfermedad psíquica, emocional, física y doméstica.

La violencia de género se expresa tanto en la esfera privada como pública, es todo acto de fuerza física o verbal, coerción, privación amenazadora para la vida dirigida a la mujer, niña o anciana que causa daño físico, psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetua la subordinación femenina. Por su parte, la violencia doméstica es definida por el espacio donde esta ocurre, abarca todas las modalidades crónicas de maltrato hacia las mujeres, niños, ancianos y minusválidos; la violencia conyugal forma parte de la doméstica, expresa el control y dominio del hombre, de la sexualidad de las mujeres, de su cuerpo y pensamiento.

Los estudios sobre violencia doméstica (Ver Duarte, Patricia), arrojan como resultado que su prevalencia es alta y que las víctimas son, en su mayoría, las mujeres y los niños. La influencia del género se expresa en la identidad de víctimas y victimarios y en la atención deficiente que, hasta ahora, ha recibido este problema. El ejercicio de ésta, en el hogar es visto por algunos sectores de la sociedad como una costumbre, y no se le juzga punible al tipificársele como delito en la intimidad, este problema es una expresión inequívoca de la vulnerabilidad de la mujer y expresa las diferencias de género.

La violencia contra las mujeres tiene un impacto negativo en su salud física, emocional y psicológica. Los daños físicos incluyen bofetadas, puñetazos, hasta hechos que produzcan desfiguraciones en la cara o las dejen lisiadas, los daños psicológicos generan confusión, incapacidad de concentración, trastornos en su vida diaria, hábitos de sueño y alimentación, quienes experimentan esta situación viven estados prolongados de depresión y miedos. El maltrato puede llegar a altos niveles de problemas físicos y psicológicos, generando en la víctima estados crónicos de estrés, obesidad, hipertensión, diabetes, anorexia, asma.

Estamos entonces bajo la presencia de una mujer maltratada, aquella que en una situación de violencia doméstica puede experimentar abuso emocional y psicológico, abuso físico y / o abuso sexual, puede ser golpeada y ha vivido en repetidas ocasiones el problema intentando salir de él, pero al mismo tiempo ha experimentado una situación de imposibilidad, en los múltiples intentos que hizo la regresaron a la misma situación, esta mujer maltratada tiene vivencias de miedo, temor e imposibilidad de éxito, autoestima sumamente devaluada, razón central para no salir del círculo perverso de la violencia. Aún estamos lejos de saber con precisión cuántas mujeres son o han sido violadas, sufren agresión conyugal u hostigamiento sexual, los datos ofrecidos son sólo aproximaciones cuantitativas, visto así, el problema de la violencia contra las mujeres tiene que ser atendido desde diversos planos: médico, legal psicológico; son justamente las organizaciones de mujeres feministas quienes han planteado que la atención a las mujeres víctimas debe ser integral y de calidad, ese ha sido el eje rector de las ONG's que trabajan alrededor de esta temática.

En el panorama que traza Saucedo en torno a la violencia de género, se plantea que la lucha contra la violencia sexual y doméstica son áreas en que el movimiento de mujeres ha alcanzado logros importantes, sin embargo, señala que la infraestructura del gobierno para la atención al problema todavía es insuficiente, los centros de especializados son muy pocos (cuatro en la ciudad de México y siete en el resto del país). Apenas se acaba de reabrir un albergue para mujeres maltratadas en la ciudad de México que sumado al de Monterrey hacen dos para todo el país, y la oferta de servicios es mínima en relación con las necesidades, además, todavía está pendiente la modificación de los códigos penales y civiles de la mayor parte de los Estados. Sólo se han aprobado leyes específicas en relación con la violencia doméstica en tres de ellos: Coahuila, Colima y Querétaro. Cabe destacar que la mayor parte de los logros en el espacio legislativo se han dado principalmente en el centro del país

4.10.1. El aborto. Un problema de salud pública y justicia social.

El problema del aborto en México se ha constituido en uno de los temas más importantes de la agenda política feminista desde hace más de tres décadas. El aborto es la interrupción de un embarazo no deseado y representa sólo la punta del iceberg de la cuestión femenina, nos dice Graciela Hierro, "sí a una mujer se le priva de su derecho a separar su sexualidad de la procreación, se convierte en esclava de sus maternidades, su cuerpo no les pertenece, la negación al derecho de abortar es la negación de la sexualidad de las mujeres, de sus deseos, de su erotismo y de su placer." La interrupción del embarazo la entendemos entonces como un derecho humano de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, con libertad y autonomía, esa ha sido la exigencia de las feministas en los últimos años.

Los derechos de las mujeres aluden a un movimiento que es inseparable de la reivindicación del derecho al aborto legal y seguro. El lema "Anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir." tomado de las pioneras italianas, ha presidido y precedido a la definición de los derechos reproductivos y su incorporación en el imaginario actual del movimiento de mujeres y de la sociedad en general. Ampliar el acceso al aborto legal y seguro es la forma en que se expresa hoy la confluencia de las luchas de las mujeres por su salud, su vida y su autonomía, que incorporan la dimensión de la salud, la sexualidad y los derechos de las mujeres a la construcción de su ciudadanía.

Un tema complicado de abordar en el campo de la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos es, sin lugar a dudas, el aborto. Éste es un asunto que polariza y divide a la sociedad, pues involucra cuestiones éticas: el derecho a la vida y los derechos de las mujeres a decidir sobre el cuerpo; dimensiones jurídicas que hacen preciso revisar y consensar acuerdos en las diferentes fracciones legislativas, es también un asunto político que refleja dos expresiones del poder; la dominación y la capacidad de resistencia y rebeldía de las mujeres frente a ésta. La dominación institucional - familia Iglesia, aparato médico, ámbitos legislativos- pesa sobre los cuerpos de las mujeres, pero también, es expresión organizada de las mujeres en

movimientos y propuestas que exigen que su voz y sus derechos sean escuchados en los distintos recintos en los que se genera el debate, se toman las decisiones y se hacen políticas públicas.

4.10.2. La salud reproductiva y el aborto en México.

La Constitución Política Mexicana garantiza el derecho a la salud, muchos mexicanos y mexicanas carecen de acceso a los servicios de atención, los servicios de salud son proporcionados por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) a la población empleada, y por el Sistema de Salud Pública a las y los desempleados y a quienes trabajan en el sector informal: de acuerdo con estadísticas oficiales, en el IMSS cubría sólo el 40 % de la población, porcentaje compuesto en su mayoría por trabajadores y trabajadoras urbanas (Ver Women' Environment and Development Organisation, E.U.). El Sistema de Salud Pública cubre aproximadamente el 30% de la población de escasos recursos. El resto de la población tiene acceso a servicios básicos a través de clínicas rurales, y acceso limitado a la atención secundaria de la salud en el Sistema de Salud Pública. Los servicios privados son costosos e inaccesibles para la mayoría de la población. Aproximadamente, 3 millones de mexicanos y mexicanas no tienen acceso a los servicios médicos.

De acuerdo con las instituciones de salud, el 96 % del total de mujeres tiene acceso a los servicios básicos de salud reproductiva. Sin embargo, las acciones del gobierno continúan enfocándose en objetivos demográficos, más que en la calidad de la atención. Estadísticas del gobierno, informan que casi el 70% de las mujeres en edad fértil usa anticonceptivos, pero el promedio es considerablemente menor para las parejas jóvenes. No existen estadísticas para mujeres u hombres solteros y anualmente se producen aproximadamente 455,000 nacimientos entre mujeres jóvenes de 15 a 19 años: los nacimientos en este grupo de edad representan el 16% del total de los nacimientos en el país.

El aborto es reconocido oficialmente como la tercera causa de mortalidad materna. Las estimaciones sobre el número de abortos en el país presentan una gran variación debido a su naturaleza clandestina. Las cifras anuales proporcionadas por diversas fuentes varían: 110,000 (Consejo Nacional de Población, 2016), 533,100 (Instituto Alan Guttmacher, y 850,000 (Comité por una Maternidad sin Riesgos).

Si bien las autoridades de salud pública del país han reconocido en forma reiterada y en diferentes escenarios políticos que se trata de un problema de salud pública, el gobierno nunca ha impulsado políticas públicas o reformas legales para resolver el problema del aborto inseguro, a pesar de que las organizaciones feministas mexicanas han luchado por la despenalización de éste.

Algunos datos permiten constatar la magnitud del problema. Aunque las estimaciones en México suelen ser diversas y algunas veces contradictorias, ya que es un acto penalizado, los datos disponibles indican que:

- De acuerdo con los registros hospitalarios: alrededor del 22.7 por ciento de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad habían experimentado un aborto, cifra que disminuyó a 19.6 por ciento en 2012 y a 19 por ciento en 2017 (Consejo Nacional de Población).
- A partir de las historias de embarazos de las encuestas nacionales sociodemográficas, es posible obtener estimaciones de aproximadamente 230 mil abortos anuales (espontáneos e inducidos)
- La información relativa a los abortos inducidos es aún más difícil de precisar. También a partir de la información obtenida por las encuestas nacionales sociodemográficas, es posible estimar que la tasa global de abortos, es decir, el promedio de abortos por mujer a lo largo de su vida fértil ha descendido inclusive más rápidamente que la fecundidad en los últimos 20 años: mientras que la tasa global de fecundidad se redujo a la mitad, la tasa de abortos disminuyó casi a la décima parte en el mismo período (de 1.16 a 0.12 abortos por mujer). Este descenso en el número promedio de abortos por

mujer —según el Consejo Nacional para la Población— ha coincidido, en el mismo período, con el rápido incremento en el uso de métodos anticonceptivos (Ibídem.).

- Para las agrupaciones feministas las cifras son aún mayores: en 2010, poco más de 533 mil embarazos fueron interrumpidos mediante algún método de aborto inducido, clandestinamente y con alto riesgo para la salud, lo que equivale al 17 por ciento del total de embarazos de ese mismo año. Calculan que, en México cada año mueren 2 mil mujeres mexicanas por abortos realizados en malas condiciones, y que actualmente los abortos voluntarios oscilan entre 110 mil y dos millones anuales, dependiendo del estudio. (Ibídem.)
- Por su parte, la asociación Pro-Vida negaba que en México se practiquen ese número de abortos y que existan tantas muertes maternas por este motivo, según sus cifras son 96 las muertes por abortos al año (Turati, Marcela p. 4).

4.10.3. Los varones y su inclusión en las políticas de población.

Un último aspecto, que quisiéramos destacar, se refiere a las prácticas médicas que se han instrumentado con el propósito de alentar la incorporación responsable del varón en sus actividades sexuales y reproductivas, y que en algunos casos se le menciona claramente, como en el de duplicar las vasectomías sin bisturí. En años recientes, del total de usuarios de métodos anticonceptivos, sólo 0.6% fueron vasectomías, frente al 93.5% de usuarias de pastillas, métodos tradicionales, inyecciones, DIU y OTB, la vasectomía aumentó al 1.4%." (Poder Ejecutivo Federal, Programa de salud reproductiva y planificación familiar 2015. p. 3).

La demanda de vasectomía sin bisturí creció dos veces y media entre 2000 y 2004. Con todo, en el IMSS-Solidaridad reportó que en áreas rurales se realizaba una vasectomía por cada 175 OTBs, lo que ilustra la escasa participación del hombre. Incorporar a los varones de manera activa en las decisiones de planificación familiar,

reconociendo sus derechos y responsabilidades en las actividades sexuales y reproductivas, es todavía un reto impostergable y complejo. En ese sentido la mujer sigue siendo el sujeto central de control natal."... La cultura procreacionista y las políticas demográficas contienen prácticas y concepciones reducidas a la salud reproductiva de las mujeres. Esta orientación contraviene el principio de salud integral que abarca la totalidad de la vida: Además, la política oficial ligada a la salud reproductiva tiene como objetivo, en unos casos, lograr que las mujeres procreen y en otros, por el contrario, impedirles que lo hagan. En ambas opciones la coincidencia es palpable: la mujer es el objeto médico, demográfico, sanitario. No es sujeta, no protagoniza los hechos relativos a su salud, ni siquiera los incluidos en su salud reproductiva." (Lagarde Marcela p. 21).

Si realmente se pretende que las decisiones reproductivas sean tomadas libremente y conforme a derecho, que sea realidad el consentimiento informado y que se respeten los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, entonces, habría que enfatizar el diseño de estrategias relacionadas con la información, educación y comunicación, para propiciar un cambio de valores. De modo que la reducción de la fecundidad obedezca a una convicción personal y social, y no a una estimación de metas que con dificultad se acoplan al ritmo de los cambios culturales y a la tendencia decreciente del gasto público en salud y salud reproductiva.

Por último, quisiéramos señalar que las diversas organizaciones de mujeres, feministas, especialistas e investigadores en el campo de la salud reproductiva y derechos sexuales han reunido esfuerzos, con el objeto de lograr la calidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva. En esta tarea se destaca que "... una atención de calidad es aquella que responde a las necesidades de salud integral de las usuarias, con alternativas técnicas de alto nivel y respetuosa de su dignidad; que garantiza la resolución del motivo de consulta en el momento oportuno y a un costo accesible, que toma en cuenta el conocimiento que tienen las mujeres sobre sus procesos de salud; que propicia su autoestima, autonomía percepción y ejercicio del derecho a la salud y a decidir informada; que promueve la participación

consciente y equitativa de los hombres en los procesos de salud sexual y reproductiva." (Ver Calidad de la Atención en Salud Sexual y Reproductiva Carmen). Se entiende que, un componente fundamental de la calidad es el reconocimiento de que las mujeres tienen derecho a servicios de salud que no produzcan las desigualdades, ni la que existe entre los médicos y las y los usuarios, ni la desigualdad médica.

Conclusiones

El reconocimiento e inclusión de los derechos de la mujer en el marco de los derechos humanos universalmente reconocidos, ha sido un proceso largo, complicado e inacabado. Por lo que tanto los derechos sexuales como los de la reproducción, como hemos observado, apenas están siendo reconocidos en occidente, y que deberán ser incorporados en nuestro marco constitucional dentro de las garantías individuales ahí consagradas.

Sacar a la luz y hacer visibles las desigualdades y abusos cometidos históricamente contra las mujeres, ha sido una labor donde las organizaciones feministas destacan por su claridad y precisión en el análisis; profundizando y enriqueciendo los conceptos de ciudadanía que estamos construyendo, para una mejor convivencia humana. En ese marco, el cuerpo de la mujer ha sido el centro de la discusión, sujeto a normas construidas por varones, donde se deliberaba sobre la vida, el derecho a sentir, gozar, el cuerpo reprimido, controlado, enajenado.

En ese contexto, el avance científico ha podido demostrar que son fenómenos diferentes el ejercicio de la sexualidad y el de la reproducción. Las llamadas técnicas de reproducción asistida, como lo son la inseminación artificial, la fecundación in vitro y la maternidad subrogada, dan cuenta de que la sexualidad puede o no devenir en la reproducción, y la reproducción, no requiere un ejercicio previo de la sexualidad.

De esta manera, la vieja consigna feminista de los años sesenta "MI cuerpo es mío", adicionalmente al ejercicio de la libertad en el uso de anticonceptivos, se afirma con evidencias que demuestran dicha diferencia.

Observamos que la cada vez más informada participación de las mujeres en la defensa de sus derechos es lo que hará posible el ejercicio pleno de su calidad de ciudadanas; es decir, la acciones que las propias mujeres deben emprender en la

deconstrucción de la identidad de género asignada, así como el compromiso de promover una cultura política y social que afirme sus derechos en todos los ámbitos de la convivencia humana.

Asistimos al inicio de la praxis de un contexto normativo, impulsado por el feminismo, donde la creación de los derechos sexuales y reproductivos intenta transformar aquellas condiciones que han violentado la integridad corporal de las mujeres, que han violado el derecho a decidir sobre su cuerpo y sexualidad. Los derechos sexuales y reproductivos ingresaron al escenario nacional e internacional recientemente, pero su construcción y defensa tiene más de un siglo.

Transitar de las posturas religiosas, fundamentalmente de corte judeocristiano en occidente, donde la sexualidad sólo se concibe y justifica como un acto para la reproducción de la especie (por lo mismo heterosexual), y por lo tanto hace del placer sexual un pecado; hacia una postura donde los derechos sexuales se diferencian claramente de los reproductivos representa un salto enorme en la afirmación del derecho de las mujeres al placer, al erotismo, al goce del cuerpo. Es decir, desvelar tales derechos como no exclusivos de los varones, sin subordinación alguna por razón de género, ni por argumento religioso alguno.

Por lo que hace a los derechos reproductivos, se hace evidente el que la lucha por lograr una atención integral y de calidad, que responda a las necesidades de las usuarias con alternativas técnicas de alto nivel y respetuosa de su dignidad, debe continuar en tanto se garantice y reconozca que las mujeres tienen derecho a servicios de salud que no reproduzcan desigualdades de ninguna naturaleza.

En dicha lucha, se hace necesario establecer como garantía individual en el artículo 4to constitucional, el derecho a la no discriminación por motivos de sexo, raza, religión, orientación sexual o cualquier otra circunstancia. Reforma que deberá propiciar la reglamentación de sanciones penales y civiles a toda aquella persona que incurra en actos discriminatorios.

En este sentido, la condición de pobreza de mujeres trabajadoras sin protección ni cobertura de seguridad social, profundiza la inequidad en el disfrute de los derechos reproductivos. Como observamos, con la creación del Seguro Popular en 2004, se inician los esfuerzos; pasaron 60 años para que el gobierno hiciera algo realmente operacional para proteger a la población que no contaba con seguridad social o algún otro tipo de aseguramiento en el ramo de la salud.

Por lo que el diseño de políticas públicas en favor de las mujeres, debe partir de la perspectiva de género a favor de igualar la condición de la mujer frente al hombre; incluyendo aquellas en materia de derechos reproductivos que permitan visualizar la correlación entre empoderamiento de la mujer, reproducción y sexualidad. Si bien hemos dado cuenta de los esfuerzos por disminuir la inequidad de género, 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 aún carece de un indicador que desarrolle una evaluación total de sus distintas vertientes institucionales.

En materia de evaluación de las políticas públicas que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, es indispensable la participación de la sociedad civil organizada, así como del poder legislativo respecto de los alcances obtenidos y el uso de los recursos públicos involucrados. Por su experiencia, es la sociedad civil organizada el medio apropiado para 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. Ya que 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 más amplia diversidad, como lo es la perspectiva de género.

En cuanto a los recursos económicos públicos destinados al desarrollo de las políticas públicas autorizadas, deberán ser los órganos colegiados de la Cámara de Diputados, especializados en la equidad de género, los que participen en la evaluación de los resultados presentados por las distintas instituciones involucradas en los distintos procesos.

Por otra parte, si bien ha resultado un avance que la salud reproductiva de las mujeres fuese reconocida como un derecho, quedan temas fundamentales a atender como el aborto, problema de salud pública y justicia social en el que no ha sido posible construir un debate racional y objetivo en el que el debate, por principio, debe centrarse en la salud de las mujeres. En México, el aborto inseguro es la cuarta causa de muerte materna. Se calcula que entre 1990 y 2013 han fallecido un total de 29,822 por causas de muerte materna. 85% de estas muertes habrían podido evitarse de haber contado con atención hospitalaria oportuna y de calidad.

En este sentido, el poder judicial se enfrenta al reto de analizar el tema haciendo una verdadera valoración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; considerando que no todas las mujeres en nuestro país están en posibilidades de decidir ser madres, sino que precisamente a partir de dinámicas de violencia y desigualdad en las relaciones de pareja, se encuentran sometidas a diversas formas y grados de coacción que no necesariamente podrían ser tipificadas como excluyentes de responsabilidad. México ha suscrito al menos cinco tratados internacionales que lo obligan moral y jurídicamente a garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, entre ellos el acceso al aborto seguro.

Como se señaló, la CEDAW en 2006 emitió nuevas recomendaciones a México, manifestando su preocupación por que el aborto es una de las principales causas de muerte materna y que, a pesar de su legalización en casos específicos, las mujeres no tienen acceso a servicios de salud seguros ni a métodos anticonceptivos. El organismo internacional también solicitó al Estado mexicano que

armonice sus leyes en la materia en los niveles federal, estatal y local, lo cual todavía está pendiente.

En el contexto de los derechos sexuales, está pendiente una discusión más amplia, que permita profundizar en el análisis de la concepción teórica de estos derechos y su ejercicio, así como las acciones políticas que acompañen su fortalecimiento, claridad, y campos de acción. En este sentido, socializar su ejercicio pasa necesariamente por procesos de reeducación, donde los viejos parámetros fundados en prácticas machistas sean sustituidos por aquellos que partan del respeto y la tolerancia. Haciendo evidente lo pernicioso de las actitudes que resultan en homofobia, misoginia y discriminación.

Podemos afirmar que en tanto no se dé la armonización de los distintos marcos jurídicos a nivel nacional, México no podrá cumplir con los compromisos internacionales en materia de derechos humanos, porque los códigos penales y civiles de la mayoría de las entidades federativas no han hecho los ajustes legislativos que permitan a los jueces emitir sentencias apegadas a esos convenios.

Motivo por el cual, las mujeres en nuestro país se ven impedidas a ejercer a cabalidad sus derechos: que incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a coacción, la discriminación y la violencia.

El Estado mexicano está en deuda con sus mujeres, al no garantizar en todo el territorio los Derechos Sexuales y Reproductivos que les corresponden; obligación que por definición le corresponde, impidiendo o limitando con ello el que puedan tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva con plena libertad, confianza y seguridad.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

- Diseñar y llevar a cabo una campaña nacional que informe de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres, en todas las lenguas que se hablen en el país, en un plazo no mayor a dos años.

Líneas de acción

1. Integrar el órgano colegiado que definirá los contenidos de la campaña, con la participación de la sociedad civil organizada especializada en estos temas, en coordinación con las principales instituciones académicas del país públicas y privadas, a la luz de las mejores prácticas internacionales.
 2. Diagnosticar en un plazo de un año, los requerimientos de recursos humanos, materiales y financieros que requiere la Campaña.
 3. Proponer a través del órgano colegiado las acciones de seguimiento y evaluación de la Campaña Nacional de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.
- Presentar a la Cámara de Diputados la reforma constitucional que permita garantizar el derecho al aborto a todas las mujeres que habitan en la República Mexicana, y así garantizar el ejercicio pleno de sus derechos reproductivos conforme a los convenios internacionales firmados por el Estado Mexicano.

Líneas de acción

1. Conformar un Comité para la Integración de la Reforma Constitucional que permitirá garantizar el derecho al aborto a todas las mujeres que habitan en la República Mexicana, con integrantes de la sociedad civil organizada especialista en la materia, conforme a los perfiles que para

tal efecto defina la ONU a través de sus instancias especializadas en materia de Derechos Humanos.

2. Integrar, a través del Comité antes mencionado, la Reforma Constitucional que permitirá garantizar el derecho al aborto a todas las mujeres que habitan en la República Mexicana, a partir de la experiencia de lo aprobado para el Gobierno de la Ciudad de México, respecto a la legalización del aborto, en un plazo no mayor a un año.
 3. Instrumentar a través del Comité los mecanismos de evaluación y seguimiento de los procedimientos y acciones realizadas para la integración de la Reforma, en un marco de total transparencia y acceso a la información.
- Realizar un Coloquio a nivel nacional sobre los Derechos Sexuales de la mujer en México, cuyos resultados sirvan para proponer iniciativas de Ley a la Cámara de Diputados.

Líneas de acción

1. Conformar la mesa directiva de especialistas que integrarán el órgano rector del desarrollo del Coloquio de acuerdo a los perfiles que el Instituto Nacional de la Mujer defina.
2. Seleccionar los puntos críticos a revisar, con base a las experiencias, denuncias y señalamientos de las organizaciones de la sociedad civil organizada especializada en la materia., en un plazo de un semestre.
3. Convocar a especialistas, instituciones académicas, de la salud en todas sus vertientes, y sociedad en general a participar en el Coloquio, siendo la mesa directiva quién integre las iniciativas que juzgue conveniente presentar a la Cámara de Diputados.

Bibliografía

- Aguilar Cuevas, Magdalena. Manual de capacitación de Derechos Humanos México, CNDH, 1993.
- Aguilar Villanueva, Luis Fernando Estudio Introdutorio, en Problemas públicos y agenda de gobierno. México, Editorial Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, 2000
- Agustín, José. Tragicomedia Mexicana I. La vida en México de 1940 a 1970. México, Planeta.
- 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
- Alberoní, Francesco. Movimiento e institución. Madrid, Editora Nacional, 1981, (Serie cultura, sociedad, teoría y método).
- Alonso Hinojal, Isidro, Sociología de la Medicina, primera edición, Editorial ecnos, España, 1977.
- Alonso, J. El papel de las convergencias de los movimientos sociales en los cambios del sistema político mexicano. Mimeo.
- Amaya Serrano, Mariano, Sociología General, primera edición, Editorial McGraw-Hill, México, 1987.
- Amorós, Celia. Feminismo de la igualdad y de la diferencia. México, PUEG/UNAM 1994.
- Arango Durling, Virginia. Derechos humanos de la mujer. Panamá Viejo S.A. 1994.
- Arendth, Hanna. Los orígenes del totalitarismo. Vol. II, Barcelona, Planeta-Agostini 1994.
- Aristóteles La Política. México, Editorial Porrúa, 1992
- Azaola, Elena. Infancia robada, niños y niñas víctimas de explotación sexual en México. México, CIESAS, DIF, UNICEF, 1999.

- Babini, José, Historia de la Medicina, segunda edición, Editorial Gedisa, España, 1985.
- BANAMEX, DIF, UNICEF. Infancia, mujeres y familia en México. Estadísticas seleccionadas. México, BANAMEX, DIF, UNICEF, Dirección de Estudios Económicos y Sociales, 1994.
- Banco Mundial (1993), Informe sobre el desarrollo mundial 1993.
- Banco Mundial (2006), Informe Anual 2006, Washington D.C.
- Bañón, Rafael Los enfoques para el estudio de la administración pública: orígenes y tendencias actuales, en La Nueva Administración Pública. España, Alianza Editorial, 1997
- Barajas, G. (2002). Las políticas de administración de la pobreza en México: Ayer y hoy. Foro Internacional, vol. 42 (1), 63-98.
- Barbieri, Teresita. Acerca de los ámbitos de acción de mujeres en I Coloquio México, PUEG/UNAM, 1991.
- Barr Nicholas. (1993). The economics of the Welfare State. Stanford, Stanford University Press.
- Basaglia, Franca Una voz: reflexiones sobre la mujer. México, Colección la mitad del mundo. UAP, 1986.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. (2011). Sistema de salud de Chile. Salud Publica de México, 53, S132-S143.
- Benítez Centeno, R y Gustavo Cabrera. Proyecciones de la población de México. Banco de México. 1966.
- Beveridge William. (1997). Las Bases de la Seguridad Social. México, FCE.
- Bobbio, N. (2014). Estado, gobierno y sociedad. Por una teoría general de la política. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bonilla García A. y Gruat J.V. (2003), Protección social, una inversión durante todo el ciclo de vida para propiciar la justicia social, reducir la pobreza y fomentar el desarrollo sostenible, Ginebra, Noviembre de 2003.
- Brena Sesma, Ingrid, El Derecho y la Salud, primera edición, Editorial Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2004.

- Bunch, Charlotte (et al.) Los Derechos de las mujeres son derechos humanos. México, Rutgers/ Edamex, 2000.
- Burgoa Orihuela, Ignacio, Las Garantías Individuales, trigésima séptima edición, Editorial Porrúa, México, 2004.
- Burin, Mabel. Estudios sobre la subjetividad femenina, mujeres y salud mental. Argentina, Grupo editor latinoamericano, colección controversia, 1987.
- Bustamante, Miguel. et. al. La Salud Pública en México 1959-1982. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982
- Camacho Sandoval, Salvador. Controversia educativa entre la ideología y la fe México, CONACULTA, 1991.
- Cámara de Diputados. Las mujeres en la revolución mexicana, 1884, 1920. LV Legislatura, México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1992.
- Cantarero Prieto, David (2006), Capítulo IV: La evolución de la financiación sanitaria en España; en Cabasés Hita, Juan Manuel (coordinador), La Financiación del Gasto Sanitario desde la perspectiva comparada; Fundación BBVA, Bilbao España.
- Carbajal, Juan Alberto, Estudios Constitucionales, primera edición, Editorial Porrúa, México, 2000.
- Carbonell, Miguel, La Constitución en serio, primera edición, Editorial Porrúa, conjuntamente con la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2001.
- Cárdenas Vidaurri, José Honorio, Sociología Mexicana, segunda edición, Editorial Trillas, México, 1998.
- 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

- Carrillo Flores, A. Diálogos sobre Población. México, El Colegio de México, 1974.
- Castellón Leal, Enrique y Cabasés Hita Juan Manuel (2005), El sistema nacional de salud en España: perspectiva para el siglo XXI; en Gutiérrez Fuentes, José A. et. al. (coordinadores), Gestión en el Sector de la Salud, Vol. 1 Gestión del Sistema y sus Instituciones, Pearson Prentice Hall. Madrid.
- Castells, Carmen (comp.). Perspectivas feministas en Teoría Política. Barcelona, Paidós, 1996.
- Castrillón y Luna, Víctor M., Derecho Procesal Mercantil, primera edición, Editorial Porrúa, México, 2001.
- Cazés, Daniel. La perspectiva de género. México, CONAPO, Programa Nacional de la Mujer, 1998.
- Cervantes, A., Ética y Salud Reproductiva, primera edición, Editorial Porrúa, México, 2000.
- Chevalier Jacques Historia del Pensamiento Político. México, Fondo de Cultura Económica, 1994
- Clairmonte, F.F.; Cavanagh J. H. (1986); “Las empresas transnacionales y los servicios: la última frontera”, Comercio Exterior, vol. 36, núm. 4, abril.
- CNDH. Manual de derechos humanos. México, CNDH, 1997.
- Coll-Hurtado, Atlántida y Juan Córdoba (2006). La globalización y el Sector Servicios en México. Investigaciones Geográficas, UNAM, No.61. México, pp. 114-131.
- 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
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2006), La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad. Trigésimo primer período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Montevideo, Uruguay.

- Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (CMMS), Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico, México: CMMS, 2006.
- Comisión Nacional de Acción en favor de la Infancia. Programa Nacional de Acciones en favor de la infancia. Evaluación 1990-2000. México.
- Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. Maternidad sin riesgos en México. Carpeta Informativa. México, 1994.
- CONAPO. El problema del aborto en México. México. 10 de agosto, 2000. Mimeo.
- Conde, Silvia. ¿Qué son los derechos humanos? México, Movimiento Ciudadano por la Democracia, 1997.
- CONMUJER, Foro Embarazo en Adolescentes. Avances y retos. México, CONMUJER, 2000.
- CONMUJER. IV Conferencia Mundial de la Mujer. Informe de Ejecución. México, CONMUJER, 2000.
- Consejo Nacional de Población (2006), Índices de Marginación, 2005; México D.F.
- Corona, Yolanda. Infancia, legislación y política. México, UAM, UNICEF, 2000.
- Cruz Rivero, Carlos; Coello Levet, Carlo Gerardo, et. al. (2006), Hacia un sistema único de salud, una propuesta no autorizada. México, D. F.
- Cruz, Francisco, Sociología, claves para un acercamiento a la realidad, primera edición, Ediciones Pirámide, España, 1996.
- Currais, Luis; Rivera, Bertha (2005); Salud, Capital Humano y Productividad, en Gutiérrez Fuentes, José A. et. al. (coordinadores), Gestión en el Sector de la Salud, Vol. 1 Gestión del Sistema y sus Instituciones, Pearson Prentice Hall. Madrid.
- De La Madrid Hurtado, Miguel, Salud, Pensamiento Político (1982-1987), primera edición, Editorial Porrúa, México, 1988.

- Delaunay, Jean Claude; Gadrey, Jean (1992); “Services in Economic Thought. Three Centuries of Debate”, Kluwer Academic Publisher, United States of America.
- Díaz Alfaro, Salomón, Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, primera edición, Editorial Porrúa, México, 1995.
- Díaz Moller Luis T., Bioética, Salud y Derechos Humanos, primera edición, Editorial Porrúa, México, 2001.
- Dulles, John W.F. Ayer en México, Una crónica de la revolución, 1919-1936. México, Fondo de Cultura Económica, 1982.
- Elu, M.C. Cáncer cérvico -uterino. México, Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México. 1998.
- Eric Raga, C. R. (2000). El problema emergente de salud pública. Medicina Universitaria, 2, 215 - 222.
- Espinosa, Gisela y Alma Sánchez También somos protagonistas de la historia. "feminismo y movimientos de mujeres en México; 1970-1990. México, EMAS, 1992.
- Fació Montejo, Alda. Cuando el género suena cambios trae. Costa Rica, Talleres Gráficos de duplicadores de Costa Rica, 1992.
- Family Care International, Acción para el siglo XXI, salud y derechos reproductivos para todos. New York. 1994.
- Farfán Mendoza, G. (s/a). Políticas de estabilización y reformas a la política social en México, en Barba Solano, C. y Valencia Lomelí, E. (coords.). El debate nacional. La política social, México: Universidad de Guadalajara- Editorial Diana.
- Feketekuty, Geza (1990); “Comercio internacional de servicios. Panorama general y modelo para las negociaciones”, Ediciones Gernika, México. pp45-55.
- 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.) Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1997

- Figueroa, Juan Guillermo. Elementos para un análisis ético de la reproducción. México, PUEG-UNAM/Porrúa, 2001.
- Filgueira, F., Molina, C., Papadópulos, J. y Tobar, F. (2005). Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida en América Latina. Uruguay: Centro de Información y Estudios de Uruguay.
- Fishman Ap. (2006). Manual de Enfermedades Pulmonares. Mc Graw-Hill.
- Fleury, S. (2003) ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Flores Gómez González, Fernando, Introducción al Estudio del Derecho y Derecho Civil, tercera edición, Editorial Porrúa, México, 1981.
- Fondo Monetario Internacional. Influencia estacional panorama económico.
- Fraser, Nancy. Teoría Feminista y Teoría Crítica. España, Edicions Alfons el Magnànim, 1990.
- Fujigaki Lechuga, Augusto (coordinador) Historia de la Salud. Reseña Histórica 1982-1988. Tomo I. Secretaría de Salud. México, 1988.
- Fundación Mexicana para la Salud. Institución privada al servicio de la Comunidad. (2011). Proyecto de Universalidad de los Servicios de Salud. México.
- García Delgado José Luis y Bandrés Moliné Eduardo. (2000). “Estado de Bienestar y crecimiento económico”, en Muñoz Machado Santiago y García Delgado José Luis (eds). Las estructuras de bienestar en Europa. Madrid, Civitas.
- García, Clara (2004), Cómo alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio: sugerencias para la cooperación española, Real Instituto Elcano de Estudios Internacionales y Estratégicos.

- Garza, Raúl, Bioética, la toma de decisiones en situaciones difíciles, primera edición, Editorial Trillas, México, 2003.
- Gibertí, Eva. Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental, Argentina, Grupo editorial Latinoamericano.
- Giddens, Anthony. The constitution of society; outline of trie theory or structuración. Cambridge. 1984.
- Gimeno, Juan A. et al. (2005); Economía de la salud: fundamentos; Manuales de dirección médica y gestión clínica, Editorial Díaz de Santos, España.
- González Buitrón, María Arcuela (comp.), También somos protagonistas de la Histor Conde, Silvia También somos protagonistas de la Historia de México, México, Equipo Mujeres en Acción Solidaria (EMAS), 1999.
- González López, G. M., et. al. (2009). Pandemia. Influenza humana AH1N1. Lo que hay que saber sobre ella. México: Alfil.
- González Marín, Ma. Luisa. Globalización en México y desafíos del empleo femenino. México, Porrúa, UNAM/Instituto de Investigaciones Económicas, 2000.
- González Montes, Soledad. Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductivas. México, El Colegio de México, 1999.
- Gordon, S. (1999), Del universalismo estratificado a los programas focalizados. Una aproximación a la política social en México, en Schteingart, Martha, coord., Políticas sociales para los pobres en América Latina, México, Porrúa
- Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva "Respuestas al Cuestionario: Guía para el seguimiento de la ejecución en México del Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y el Desarrollo, CIPD+5 (documento preliminar), México dic. 1988.
- Güemez Troncoso, José, Conceptos sobre Medicina Social y Lineamientos, primera edición, Editorial Porrúa, México, 1971.
- Guerrero Orozco, O. (2007). Principios de la Administración Pública. Colombia: Escuela Superior de Administración Pública.

- Gutiérrez Aragón, Raquel, Esquema Fundamental del Derecho Mexicano, décima quinta edición, Editorial Porrúa, México, 2000.
- Gutiérrez Gallo, Amador, La Democracia y Los Derechos Sociales y Económicos, primera edición, Editorial Divulgación, México, 1999.
- Gutiérrez Junquera, Pablo (1993); “El crecimiento de los servicios. Causas repercusiones y políticas”, Alianza Economía, Madrid.
- Gutiérrez, (1993). El Sector Servicios en Economía, Clasificación funcional de servicios.
- Guzmán, Steín, et. al. (comp.) Estudios básicos de Derechos Humanos IV. Costa Rica, IIDH/ASDI/Comisión De la Unión Europea, 1997.
- H. Yáñez, Valentín, La Administración Pública y el Derecho a la Protección de la Salud, primera edición, Instituto Nacional de Administración Pública, México, 2000.
- Héller, Herman Teoría del Estado. México, Fondo de Cultura Económica, 1995
- Herrera Ortiz, Margarita, Manual de Derechos Humanos, primera edición, Editorial Porrúa, México, 2003.
- Hiriart, Berta y Mónica del Puerto. El aliento y los pasos. Festejando diez años de SIPAM México. SIPAM, 1997.
- IFE, UNICEF. Consulta infantil y juvenil 2000. Síntesis de Resultados. México, IFE, UNICEF, 2000.
- IIDH CLADEM. Protección Internacional de los Derechos Humanos de las Mujeres. Costa Rica, I Curso Taller IIDH, 1997.
- INEGI, CONMUJER. Mujeres y Hombres en México. México. INEGI, CONMUJER, 2000.
- INEGI. Encuesta Nacional de la dinámica demográfica 1997. Principales resultados. México, INEGI, 1997.
- INEGI. Estadísticas educativas hombres y mujeres 2000. México, INEGI, 2000.

- INEGI. Indicadores de hogares y familias por entidad federativa. México, INEGI, 2000.
- Ishay, Micheline, *The Human Rights Reader, Major political essays, speeches, and documents from the Bible to the presents*. Nueva York, Routledge, 2000.
- J. Claude Bennet, F. P. (1997). *Virus Causantes de Fiebres Hemorrágicas; Cecil Tratado de Medicina interna (Vol. 11)*.
- J., Alonso. *El papel de las convergencias de los movimientos sociales en los cambios del sistema político mexicano*. Mimeo. México. S/f.
- Jean Charles Léonard Simonde (1990) “La Intangibilidad del Comercio de Servicios. En *Comercio Internacional y Servicios*”, Edit. Gernica, México
- KUMATE, Jesús. et. a *La salud en México: Testimonios 1988*. México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 1988
- Lagarde, Marcela. *Claves feministas para liderazgos entrañables*. Managua, Puntos de Encuentro, 2000.
- Lamas, Marta. *Movimiento feminista y discurso político: los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de una ciudadanía moderna*. Mimeo. México. 1998.
- Langer, Ana y Kathy Tolbert. *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México, Edamex, 1996.
- Langer, Ana, et. al. *Mujer sexualidad y salud reproductiva en México*. México, edamex, the population council, 1996.
- *Las mujeres en la revolución mexicana, 1889-1920*. México, Cámara de Diputados. LV Legislatura, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1992.
- *Las Políticas Públicas*. España, Ariel Ciencia Política, 1992
- Lau, Ana y Carmen Ramos. *Mujeres y revolución 1900-1917*. México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, CONACULTA, 1993.

- Liselotte, Correa de la Torre, Laura, et.al (compiladoras). Memoria Mujeres en el Poder. México, Comisión nacional de la mujer-SEGOB, 2000.
- López Acuña, Daniel, La Salud Desigual en México, séptima edición, Siglo XXI editores, México, 1987.
- López Casanovas, G. (2005) Estudio de la situación del sistema sanitario español: gasto y financiación. Relaciones empíricas básicas y propuestas de análisis; en Gutiérrez Fuentes, José A. et. al. (coordinadores), Gestión en el Sector de la Salud, Vol. 1 Gestión del Sistema y sus Instituciones, Pearson Prentice Hall. Madrid. 26.
- López García, Raúl “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
- López-Casanovas G./ A. Rico; La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?
- Lukes, Steven y Soledad García (comps.). Ciudadanía: justicia social, identidad y participación. México, Siglos XXI, 1999.
- Luna Calderón, Manuel (1988); La funcionalidad de los servicios en México y Estados Unidos: 1970-1985”, Economía Mexicana, CIDE, No. 5.
- Luna, Arroyo. La mujer en la lucha social. México, Talleres Gráficos de la Nación, 1936.
- Mac Kinnon A., Catharine. Hacia una teoría feminista del Estado. Madrid, Ediciones cátedra universidad de valencia, instituto de la Mujer, Feminismos. Núm. 27, 1995.
- Madrazo, Jorge Derechos Humanos: el nuevo enfoque mexicano. México, Fondo de Cultura Económica, 1993
- Maingón, T. (s/a). Proceso de Privatización en los Servicios de Salud en América Latina y El Caribe: estudio de caso. México.
- Maquiavelo, N. (2004). El príncipe, Madrid, Editorial Edaf.
- Marshall, T.H. Citizenship and Social Class, Cambridge, UP, 1950.
- Martínez, Alicia. Mujeres en cifras, México, FLASCO, 1994.

- Mateos, Fournier (et.al.) Nuevas Aportaciones para la evaluación del aborto criminal en México. México, III Jornada Médica Bienal, IMSS, FEPAC, 1969.
- McConell, Brue, Macperson, Economía Laboral. Edición McGrawHill, 2003. España.
- Medina, Manuel, La Organización de las Naciones Unidas, segunda edición, Editorial Tecnos, España, 1974.
- Mejía, María Consuelo. Los derechos de los mexicanos en el contexto internacional. Mimeo. México.
- Mendieta Alatorre, Ángeles. La mujer en la Revolución Mexicana. México, Biblioteca del Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1961.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (2006), Sistema Nacional de Salud, Madrid, España url: <http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/LIBRO-BAJA.pdf> Fecha: 26 de julio de 2007
- Moguel, Julio. Autonomía y nuevos sujetos sociales en el desarrollo rural. México, Siglo XXI, 1992.
- Molina, C. (2006). Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo y Editorial Planeta.
- Monroy Cabra, Marco Gerardo, Manual de Derecho Internacional Público, segunda edición, Editorial Témis, Colombia, 1986.
- Montagut, T. (2000). Política Social. Una introducción. Barcelona: Editorial Ariel.
- Montesquieu (2002). El Espíritu de las Leyes. España: Ediciones Istmo.
- Moreno Salazar, P., Ortiz, C. y Marrufo, E. (2004). Veinticinco años de políticas de desarrollo social en México. Sociológica, año 19 (54).
- 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

- Moreno, et. al. (1982). Sociología histórica de las Instituciones de Salud en México. México. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Moto Salazar, Efraín, Elementos de Derecho, cuadragésima tercera edición, Editorial Porrúa, México, 1998.
- Murillo, Soledad. El mito de la vida privada, de la entrega al tiempo propio, siglo XXI. México. 1996.
- Naciones Unidas (2009), Objetivos de Desarrollo del Milenio, informe 2009, Nueva York, E.U.A.
- Naciones Unidas y Gobierno de la República Mexicana (2005), Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005, publicado por el Gabinete de Desarrollo Humano y Social, México D.F.
- Naciones Unidas y Gobierno de la República Mexicana (2006), Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2006, publicado por el Gabinete de Desarrollo Humano y Social / Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social, México D.F.
- Naciones Unidas, (2008), Objetivos de Desarrollo del Milenio, informe 2008, publicado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, (DESA), Agosto 2008.
- Orellana Laura. Hermila Galindo, Una Mujer Moderna Ensayo. México, Premio Susana San Juan Conmujer/Conacutta, 2000.
- Organización Mundial de la Salud (2002), “Health, Economic Growth and Poverty”, Reporte del grupo de trabajo 1 de la Comisión de Macroeconomía y Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2008), Informe sobre la salud en el mundo 2008, la atención primaria de salud, Ginebra Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2009), Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2005), OECD. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud, México.

- Ortíz, Adriana (comp.). Derechos reproductivos de las mujeres, un debate de justicia social en México. México, Ed. Edamex/ UAM-X, 1999.
- Ortiz, Etelberto (2006), El sector servicios en la transformación de la estructura económica de México, 1900-2003 en “La organización espacial del sector servicios en México” Ed. COLMEX, México, capítulo I pp.79-96
- Ortún Rubio, Vicente (2006); Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España; en Revista Asturiana de Economía, Número 35, enero-abril de 2006, Edita Asociación Asturiana de Estudios Económicos, págs. 23-43.
- OÜviera, Mario et. al. Setenta años de salud pública en México. México, SSA, 1993.
- Pablo Camargo, Pedro, Tratado de Derecho Internacional, tomo I, primera edición, Editorial Témis, Colombia.
- Páez Varela, A., et. al. (2009). Influenza. De la negligencia a la manipulación. México: Grijalbo.
- 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
- Pardo, M. (2010). El Estado mexicano: ¿de la intervención a la regulación?, en Loaeza, S. y Prud’homme, J. (coords.) Los grandes problemas de México. Instituciones y procesos políticos. México: El Colegio de México.
- Pérez Duarte, Alicia y Laura Salinas. Resumen del Análisis comparativo de la Legislación local e internacional relativo a la niñez. México, CNDH, 1997.
- Picó José. (1987). Teorías sobre el Estado de Bienestar. México, Siglo XXI.
- Poder Ejecutivo Federal. Plan nacional de desarrollo 1995-2000. México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1995.
- Population Council. Mensajes sobre salud sexual y reproductiva. Tomo I. 1999.
- Presidencia de la República. (2009). Tercer Informe de Gobierno. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, pp. 425-426.

- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo, Egipto 1994
- Programa de Estudios de Género. Encuentros y desencuentros: el movimiento amplio de mujeres en México (1970-1993). México, UNAM, 1993.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2009); Informe sobre el Desarrollo Humano, superando barreras: movilidad y desarrollo humanos. Nueva York, N.Y. E.U.A.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006, La Democratización de la Salud en México, Plan Nacional de Desarrollo, primera edición, México 2001.
- Puga, Cristina y Torres Mejía, David México: La modernización contradictoria. México, Addison Wesley Longman, 1998
- Raga. E. (2000). El problema emergente de salud pública. Medicina Universitaria,
- Ramírez Saíz, Juan Manuel. El estudio de los movimientos sociales: teoría y método. México, Colegio de Michoacán y UAM-X, 1987.
- Ramos Escandón, Carmen (comp.) El género en perspectiva de la dominación universal a la representación múltiple. México, UAM-I, 1991.
- Rascón Antonieta. Imagen y realidad de la mujer. México, Sep-setentas, 1975.
- Recaséns Siches, Luis, Sociología, vigésima octava edición, Editorial Porrúa, México, 2001.
- Robbins Donald J. (edited by R.A. Cornell) (1999), Gender, Human Capital and Growth: Evidence from Six Latin American Countries, OECD Development Centre, Working Paper No. 151.
- Rocha, Marina Eva, El álbum de la mujer. Antología Ilustrada de las mexicanas. vol. IV. El porfiriato y la revolución. México, INAH, 1991.
- Rodríguez Ramírez, Brenda. Grupo de información en reproducción elegida (GIRE), proyecto: mujeres, ciudadanía y derechos reproductivos. Programa de la fundación UNAM para la Iniciación temprana a la Investigación y docencia (PITID). UNAM-ENEP Acatlán. Febrero, 1999.

- Rojas Roldán, Abelardo, El Estudio del Derecho, primera edición, Editorial Porrúa, México, 2000.
- Rojas Soriano, R. (1995). Guía para realizar investigaciones. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Romero, Jorge (s/f). El Sector Servicios en Economía: el significado de los Servicios Intensivos en Conocimiento. Tesis Doctoral.
- Rosa Urbano, Garrido (2006); El gasto sanitario y su financiación: evolución, tendencias y reflexiones para el futuro; en Revista Asturiana de Economía, Número 35, enero-abril de 2006, Edita Asociación Asturiana de Estudios Económicos, págs. 45-64.
- 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
- Ruíz Medina, M. (2011). Políticas Públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México. Tesis Doctoral. México. Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Contaduría y Administración, División de Estudios de Posgrado.
- Ruiz Sánchez, Carlos 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
- Sabine, George Historia de la Teoría Política. México, Fondo de Cultura Económica, 1995
- Salinas, Laura. "La mujer y el desarrollo en el Mundo de fines del siglo XX" en Memorias de la VII Conferencia ANUIES, PROFEM. México, ANUIES, 1996.
- Salles Vania y Tuirán Rodolfo. Reflexiones Programa de salud reproductiva y sociedad. México, Colegio de México, 1995.

- Samuelson, Paul Anthony, Economía, décima séptima edición, Editorial Mc Graw Hill, México, 2002
- San Miguel Aguirre, Eduardo, Derechos Humanos, Legislación Nacional y Tratados Internacionales, primera edición, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1994.
- Sánchez Almanza, Adolfo (2006), Política social y Gasto Público para la superación de la pobreza en México. El caso de PROGRESAOPORTUNIDADES.
- Sánchez Azcona, Jorge, Lecturas de Sociología y Ciencia Política, primera edición, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1975.
- Sánchez Bringas, Enrique, Derecho Constitucional, séptima edición, Editorial Porrúa, México, 2002, p. 614.
- Sánchez González, José Juan Administración Pública y Reforma del Estado. México, Instituto Nacional de Administración Pública, 1997
- Sánchez Olvera Alma Rosa (et. al.) Globalización en México y desafíos del empleo femenino. México, Porrúa/ UNAM, 2000.
- 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), Población y sociedad al inicio del siglo XXI, México, El Colegio de México, 2002
- Sayavedra, Gloria y Eugenia Flores (coord.). Ser mujer. ¿un riesgo para la salud? del malestar y enfermar al poderío y la salud. México, Red de mujeres a. c, 1997.
- Scavove, Lucila (comp.). Género y salud reproductiva en América Latina. Costa Rica, Libro universitario Regional (LUR), 1999.
- Scott, John (2006), Desigualdad de la Salud y de la Atención de la Salud en México, Working Papers, Serie de Documentos de Trabajo. Editores: Knaul, Felicia; Bertozzi, Steffano M.; Arreola Héctor. Fundación Mexicana para la Salud A. C., Instituto Nacional de Salud Pública.

- Secretaría de Gobernación, CONAPO. El poblamiento de México. Una visión histórico demográfica, tomo IV. México, Grupo Azabache, 1976.
- Secretaría de Gobernación, Decreto por el que aprueba el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000. México. 8 de marzo 1996.
- Secretaría de Salud (2007) Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México Sano: construyendo alianzas para una mejor salud
- Secretaría de Salud (2008), Boletín de Información Estadística No. 27, Vol. IV, 2007.
- Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud; Situación de la Salud en México 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006 Indicadores Básicos.
- Secretaría de Salud. (2006). Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza. México: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social, La Previsión Social en México, primera edición, Editorial Cuadernos Laborales, México 1988.
- SEDESA. (2008). Reforma a la Atención Primaria en Salud. México,
- Sen A.K. (1997), Bienestar, Justicia y Mercado, Paidós ICE/UAB, Barcelona, Buenos Aires, México.
- Senior Alberto F., Sociología, undécima edición, Editorial Porrúa, México, 1990.
- Serra Rojas, A. (1997). Derecho administrativo. México: Editorial Porrúa.
- Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., Sosa-Manzano, C., Gómez-Dantés, O. (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. Salud Publica de México, 47 (1), 37-46.
- Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). (1995). Catálogo de Instituciones de Salud, México.
- Skírius, John. Vasconcelos y la cruzada de 1929. 2a. edición. México, Siglo XXI, 1982.
- Smith, A. El Sector Servicios en Economía: el significado de los Servicios Intensivos en Conocimiento, (1776).

- Soberón Acevedo, Guillermo, Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, primera edición, Editorial Porrúa, México, 1995.
- Solano Flores, Elmer (2005), La necesidad de crear un sistema universal para todos los mexicanos, tesis de licenciatura.
- Solimano Andrés (compilador) (2000); Desigualdad social, valores, crecimiento y el Estado (traducción), El trimestre económico, Fondo de Cultura Económica, México, D. F.
- Solís, Leopoldo (2000) “El Sector Servicios”, La realidad económica mexicana: reprovisión y perspectivas, Edit. FCE, Tercera edición, México, pp. 217-278.
- Sotomayor Gallardo, Alejandro, Calidad, Elemento Esencial de la Seguridad Social, primera edición, Serie Estudios 55, México, 2000.
- Taibo Paco, Ignacio II. Bolshevikis. Historia narrativa de los orígenes del comunismo en México (1919-1925). México, Joaquín Mortíz editores, 1968.
- Tamayo Sáenz, Manuel “El análisis de las políticas públicas”, en La Nueva Administración Públicas, España, Alianza Editorial, 1997
- Tapia Fonllem, Elena (coord.). La utilidad de los pactos para legislar a favor de las mujeres. México, Editorial Equidad de Género. Ciudadanía, trabajo y familia. A.C., Mujeres Trabajadoras Unidas. A.C. Mujeres en Acción Sindical, 1999.
- Tapia Hernández, Silverio (comp.) Principales declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos ratificados por México. México, CND, 1999.
- The Population Council. La Salud reproductiva de la mujer en México, Una agenda para la investigación acción, México, s/f.
- Tornos Más, Joaquín (2002), Sistema de Seguridad Social versus sistema nacional de salud, Derecho y Salud, Volumen 10, Número 1, Enero – Junio 2002, pp. 1 – 13.
- Trueba Urbina, Alberto, El Nuevo Artículo 123, primera edición, Editorial Porrúa, México, 1962.

- Trujano Ruíz, Ma. Magdalena y Esquivel Hernández, Ma. Teresa Políticas de fecundidad: incidencias y resistencias culturales, en Política y Cultura. Políticas Públicas y Sociedad. Otoño 96, número 7. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México
- Tuñón Pablos, Esperanza. La lucha de las mujeres en el cardenismo. tesis de Maestría. México, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1985.
- Turner, Fredereck C. La dinámica del nacionalismo mexicano. México, Grijalbo, 1971.
- UNICEF. Enfoque de derechos. Formulación de políticas y programación. UNICEF. Nueva York. 1999.
- UNIFEM, CONMUJER. Más vale prevenir que lamentar. Percepciones sobre el embarazo en la adolescencia. México, UNIFEM, CONMUJER, 2000.
- Urbanos Garrido, Rosa María, et. al. (2006); La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva comparada; en Cabasés Hita, Juan Manuel (director), La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada; Fundación BBVA, capítulo 2. p. 53-94.
- UVALLE Berrones, Ricardo El gobierno en acción: La formación del régimen presidencial de la administración pública. México, Fondo de Cultura Económica, 1984
- Valdez Aguilar, R. “Pandemias de influenza en México”, en Relatos e historias en México, Año 1, Núm. 10, junio de 2009.
- Valencia Lomelí, E. (2003). Políticas sociales y estrategias de combate a la pobreza en México. Hacia una agenda de investigación. Notas para la discusión. Estudios Sociológicos, vol. XXI (61), 105-133.
- Vargas Virginia. Feminismo en transición, transición con feminismo. GEM. México. 1997.
- Veronelli, J. (1983). La salud en América Latina. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ward, Peter M., México Megaciudad: Desarrollo y Política, 1970-2002, segunda edición, Editorial Porrúa, México, 2004.

- Weber, M. (2008). El político y el científico. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Welti Chanes, Carlos “Reducción del crecimiento demográfico sin desarrollo” en revista Demos. Carta demográfica sobre México 2003-2004. Instituto de Investigaciones Sociales. México, 2005
- World Bank (2006) World development report 2006 : equity and development
Permanent URL for this page: <http://go.worldbank.org/FFOT9IETN0>
- Yáñez Campero, Valentín La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México. México, Instituto Nacional de Administración Pública, 2000
- Yáñez Campero, V. (s/a). El sector salud en México. México.
- Yazbeck, Abdo S. (2009), *Attacking Inequality in the Health Sector, A Synthesis of Evidence and Tools*, The World Bank.
- Zavala Cosío María Eugenia, Cambios de fecundidad en México y políticas de población. El Colegio de México. FCE. México. 1992.
- Zúñiga Herrera, Elena “La desaceleración del crecimiento demográfico y la salud reproductiva”, en *La población de México, situación actual y desafíos futuros*. Conapo. México, 2000

HEMEROGRAFÍA:

- Agenda Afirmativa, núm. 5,6,7,8. Diciembre 1998- Noviembre 1999.
- Agenda afirmativa. Año 2. Número 11. Marzo-abril. 2000.
- Agenda afirmativa. Año 2. Número 13. Julio-agosto, 2000.
- Bondi, Liz. "Ubicar las políticas de la identidad" en *Debate Feminista*. Núm. 74. año 7. octubre. 1996.
- Brito, Alejandro. "Radiografía mínima de la nueva beligerancia católica" en *Suplemento de la Jornada*, octubre 7 de 1999.

- Cabrera, Gustavo y José Luis Lezama. "LA expansión demográfica en México. 1930-1970" en Diálogos: Artes, Letras, Ciencias Humanas, Vol. 21, No.15, Mayo. México. 1985.
- Cano, Gabriela. "Congreso feminista en la Historia de México" en FEM. año 11. núm. 58. Octubre. 1987.
- Cano, Gabriela. "Una perspectiva del aborto en los años treinta: la propuesta marxista" en Debate Feminista, Año 1, Vol. 2, México 1990.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (CEPAL). (1985). Informe N° 23.
- Conciencia Latinoamericana. Vol. XI, Núm. 2. Julio 1999.
- Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos (CONCAMIN). Radiografía de la economía y la industria mexicana, crecimiento promedio anual del PIB. México.
- Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Marco del Día Mundial de la Salud. México.
- Country Industry Forecasting. IHS Global Insight. (2008). Investigación y previsión económica.
- Estudios Regionales Eslabones. Núm. 8. Diciembre. México. 1994.
- Estudios Sociológicos. Vol. XVII. núm. 50. mayo-agosto 1999.
- Figueroa Pereda, Juan Guillermo. "Aproximación al estudio de los derechos reproductivos" en Reflexiones núm. 6 Agosto Colegio de México. 1995.
- Gómez Magando de Anaya, Guadalupe. "Mujer y política: la lucha por la igualdad en México" en De Igual a Igual, SEGOB. PNM 01-Mayo.2000.
- González Butrón, Ma. Arcelia. "Agenda política desde las mujeres" en Milenio Feminista. Abril. México. 2000.
- Hernández Cárdenas, Patricia. "Las cuotas electorales ¿se cumplirán en el 2000?" en Agenda afirmativa. Año 2. Número especial 9-10. Enero-febrero, 2000.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. PIB de las actividades primarias en México (2006-2012). México.

- Lamas, Marta. "La lucha por los derechos reproductivos" en FEM. año 17. núm. 122. Abril. 1993.
- Lizárraga, D. "Influenza. El gobierno, con las defensas bajas", en Proceso, Núm. 1695, 26 de abril de 2009, pp. 10 a 13.
- Luna, Lola. "La otra cara de la política: exclusión e inclusión de las mujeres en el caso latinoamericano" en De Igual a igual. Comisión Nacional de la Mujer. México. 1999.
- Pechard, Jacqueline, Cristina Puga y Ricardo Tirado. "De Ávila Camacho a Miguel Alemán" en Varios: evolución del estado mexicano, vol. 3. El caballito. México. 1988. "El Cairo y la iglesia católica: un lenguaje común" en Voces Católicas. 1999
- Reflexiones núm. 8 Octubre. Colegio de México. 1995.
- Sader, Eder. "La emergencia de nuevos sujetos sociales: una propuesta de análisis" en Acta Sociológica núm. 2 mayo-agosto 1990.
- Sánchez, Alma. Entrevista con Patricia Mercado, abril de 2001. Sánchez, Alma. Entrevista con Guadalupe Cruz, junio de 2000. Sánchez, Alma. Entrevista con Pilar Sánchez, agosto de 2000. Sánchez, Alma Entrevista con Elena Tapia, febrero de 2001. Sánchez, Alma Entrevista con Adela Muñiz, marzo de 2001.
- Secretaría de Salud. Acuerdo por el cual se establece la obligatoriedad para desarrollar una Estrategia Operativa Multisectorial del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza. México: Consejo de Salubridad General, p. 43.
- Tuirán, Rodolfo. "La revolución demográfica" en Examen, No. 106 Agosto 1998 México Publicación mensual año 10.
- Tuñón Pablos, Esperanza. "El frente único Pro Derechos de la Mujer. 1935-1938" en FEM núm.30, vol. VIII, Octubre - Noviembre 1983.
- Valdez Aguilar, R. "Pandemias de influenza en México", en Relatos e historias en México, Año 1, Núm. 10, junio de 2009, pp. 66 a 69.

- Varas, Valente, Virginia. "Entre la exclusión y la ciudadanía global" en América Latina en Movimiento. 209-1. abril. 1999.
- Vargas Guzmán, Virginia, "un debate feminista en curso" en ISIS Internacional núm. 25. Santiago Chile. 1997. Lagarde, Marcela. "Articulación feminista" en ISIS Internacional No. 27. Santiago de Chile. 1998.
- Wiener, Antje. "La ciudadanía como estrategia política" en La Ventana núm. 5/1997 Universidad de Guadalajara.

Fuentes electrónicas:

- Abardía A. y Morales F. coordinadores, (2008). Desarrollo regional. Reflexiones para la gestión de los territorios. México: Alternativas y Capacidades, p. 245. [en línea]. http://www.alternativasycapacidades.org/sites/default/files/publicacion_file/CD_R_desarrolloRegional_20081203.pdf [consulta: 04 de mayo de 2018].
- Abellán, A. (1997). La problemática del Estado de Bienestar como fenómeno internacional. Revista de Derecho Político, 42, 95-135. [en línea]. <http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/viewFile/8697/8291> [consulta: 19 de julio de 2016].
- Adelantado, J. (2017). Las Políticas Sociales". España: s/e. [en línea] <https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2017/11/las-politicassociales-por-jose-adelantado.pdf> [consulta: 18 de febrero de 2017].
- Alva-Díaz, C. (2012). Universalizar o privatizar los servicios de salud. Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 5 (3). [en línea]: http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=8_8266&id_seccion=4650&id_ejemplar=8680&id_revista=299 [consulta: 13 de marzo de 2017].
- Atun, R., Monteiro de Andrade, L., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., et al. (2015). La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *Medic Revive*, vol.17, S21–39. [en

- línea] <http://mediccc.org/mediccreview/uhc-atun.php> [consulta: 14 de septiembre de 2017].
- Bases de datos: World Development Indicators, World Bank Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) OCDE: Health Data 2009 – Version: June 09
 - Becerril-Montekio, V., Medina, G. y Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Publica de México*, 53, S120-S131. [en línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf> [consulta: 04 de septiembre de 2017].
 - Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2016). Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. México [en línea] http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153_180716.pdf [consulta: 20 de enero de 2017].
 - Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2016). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México [en línea] <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/marco.htm> [consulta: 22 de junio de 2016].
 - Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2005). Programa Seguro Popular. México. [en línea] http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/21156/105006/file/F_ATSS002%20Programa%20Seguro%20Popular.pdf [consulta: 02 de septiembre de 2017].
 - Centro de Investigación y Docencias Económicas. (2013). Avances y temas pendientes de la política de salud en México. Una revisión de los principales indicadores. México. [en línea] <http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/196024/Avances%20y%20temas%20pendientes%20en%20salud.pdf> [consulta: 06 de junio 2014].
 - Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2016). Medición de la pobreza. México. [en línea] <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezalInicio.aspx> [consulta: 16 de julio de 2017].

- Damián, A. (s/a). El estudio de pobreza de COPLAMAR. Investigación del Colegio de México, [en línea] [http://aracelidamian.org/FinancieroPDF/Estudios%20pobreza%20PDF/EI%200 estudio%20de%20COPLAMAR%2014-6-04.pdf](http://aracelidamian.org/FinancieroPDF/Estudios%20pobreza%20PDF/EI%200%20estudio%20de%20COPLAMAR%2014-6-04.pdf) [consulta: 9 de febrero de 2017].
- De Buen, N. (1993). La crisis del Estado de Bienestar. Jurídica. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana, 22, 195-207. [en línea] <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/jurid/cont/22/pr/pr6.pdf> [consulta: 17 de julio de 2016].
- De la Piedra Matute, M. (2010). Entrevista al Dr. Julio Frenk. Revista AAPAUNAM Academia, Ciencia y Cultura. [en línea] <http://www.medigraphic.com/pdfs/aapaunam/pa-2010/pa103f.pdf> [consulta: 13 de marzo de 2017].
- De Souza Minayo, M. (2017). Sistemas de salud en Brasil y políticas de regionalización. Revista Ciencia y Salud Colectiva. [en línea] <https://pressreleases.scielo.org/es/2017/05/08/sistemas-de-salud-en-brasil-y-politicas-de-regionalizacion/> [consulta: 16 de julio de 2017].
- Diario Oficial de la Federación, Programa para un Nuevo Federalismo 1995-2000, México, [en línea] <http://legismex.mty.itesm.mx/progs/p-feder.pdf> [consulta: 27 de abril de 2018].
- Erazo, A. (2011). La protección social en Chile. El plan AUGE: avances y desafíos. Santiago de Chile: Sección de Estudios del Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [en línea] http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5218/1/S1100415_es.pdf , [consulta: 08 de agosto de 2017].
- Espíndola, J (S/A). Reseña del libro de Fernando Escalante, Historia mínima del neoliberalismo, México, El Colegio de México, 2015, 320 pp. ISBN 978-607
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez J., García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud

- Publica de México, 57, 180-186. [en línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf> [consulta: 21 de junio de 2016].
- Farge Collazos, C. (2007). El Estado de Bienestar. Enfoques, vol. XIX, (1-2) 45-54. [en línea] <http://www.redalyc.org/pdf/259/25913121005.pdf> [consulta: 24 de julio de 2016].
 - Goic G., A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. Revista Médica de Chile, 143, 774-786. [en línea] <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf> [consulta: 18 de agosto de 2017].
 - Gollás, M. (2003). México. Crecimiento con desigualdad y pobreza. México, Centro de Estudios Económicos, El Colegio de México, p.22, [en línea] <http://cee.colmex.mx/documentos/documentos-de-trabajo/2003/dt20033.pdf> [consulta: 11 de abril 2018].
 - González E. (2015), Cruzada Nacional contra el Hambre, México, Secretaría de Desarrollo Social, [en línea] http://www.mppn.org/wpcontent/uploads/2016/11/19.MEXICO_ESP_WEDS.pdf, [consulta 30 de abril de 2018].
 - <http://www.anlis.gov.ar>; Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos G. Malbrán
 - <http://www.who.int/es/index.html>; Organización Mundial de la Salud Pública Méx 2011; Vol. 53. [PDF] e-Salud en México: antecedentes, objetivos, logros y retos
 - Huerta Moreno, M. (2005). El neoliberalismo y la conformación del Estado subsidiario. Política y Cultura, 24, 121-150. [en línea] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018877422005000200006 [consulta: 08 de agosto de 2016].
 - Instituto Mexicano para la Competitividad, (2017). Panorama de la Salud 2017 vía OCDE, México, [en línea] <https://imco.org.mx/temas/panorama-la-salud2017-via-ocde/> [consulta: 01 de abril de 2018].

- Juárez, G. (1977). La Sectorización: Medida fundamental para la racionalización de la Administración Pública Federal, *Revista de Administración Pública*, 31 y 32, 26-33. [en línea]- <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/31/pr/pr4.pdf> [consulta: 20 de marzo 2017].
- Knaul FM y col. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *salud pública de México / vol. 55, no. 2, marzo-abril de 2013*, [en línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n2/v55n2a13.pdf> [consulta: 03 de mayo de 2018].
- Leco Tomás, C. y Bollain Parra, E. (2013). La política social en México, 1970-2013. México: INCEPTUM. [en línea] <http://inceptum.umich.mx/index.php/inceptum/article/viewFile/230/211> [consulta: 15 de junio de 2017].
- Longo, F y Echebarria K. (s/a), La Nueva Gestión Pública en la Reforma del Núcleo Estratégico del Gobierno: Experiencias Latinoamericanas. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, p. 2 [en línea], <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/CLAD0040203.pdf>, [consulta 12 de mayo de 2018].
- López E. (2012). La descentralización de los servicios de salud. Facultad de Derecho, Universidad Panamericana, [en línea] URL <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/arsiu/cont/47/act/act6.pdf> [consulta: 01 de mayo de 2018].
- Lustig, N. y Székely, M. (1996). México: Evolución económica, pobreza y desigualdad. Washington D.C. [en línea] <http://fundacionmerced.org/bibliotecadigital/wpcontent/uploads/2013/05/M%C3%A9xico-Evoluci%C3%B3necon%C3%B3mica-pobreza-y-desigualdad-Lustig.pdf> [consulta: 08 de febrero 2017].
- México (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México. [en línea] <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf> [consulta: 03 de abril de 2017].

- México. (2013). Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2014, Diario Oficial de la Federación. [en línea] http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326727&fecha=17/12/2013 [consulta: 21 de abril de 2017].
- México. (2014). Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018. Diario Oficial de la Federación. [en línea] http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5342374&fecha=28/04/2014 [consulta: 14 de septiembre de 2017].
- México. (2016). La Cruzada contra el Hambre es parte de la Estrategia de Inclusión Social. [en línea] <https://www.gob.mx/sinhambre/documentos/cruzada-contra-el-hambre-partede-la-estrategia-de-inclusion-social?idiom=es> [consulta: 15 de junio de 2017].
- Moyado, F. (1996). La política social en México: Un enfoque descentralizador con fines de adaptación, Estudios políticos, Núm. 12, Cuarta Época, julio-septiembre, [en línea] www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/37108/33697 [consulta: 10 de mayo de 2018].
- Organización de las Naciones Unidas (2017). Declaración Universal de los Derechos Humanos. [en línea] <http://www.unesco.org/news/es/right2education>, [consulta: 12 de febrero de 2017].
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Ministro de Salud de Brasil destaca los desafíos en salud de su país durante visita a la OPS. [en línea] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13147%3Abrazils-health-minister-outlines-health-challenges-in-pahovisit&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&Lang=es [consulta: 16 de julio de 2017].
- Oyarce H. (S/A), Gerencia Pública, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, [en línea],

https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/4/45114/Gerencia_Publica2011_HOYARCE.pdf [consulta de 10 de mayo 2018].

- Programa Universitario de Derechos Humanos. (2015). Desigualdad Extrema en México. Concentración del Poder Económico y Político. Revista PERSEO. [en línea] <http://www.pudh.unam.mx/perseo/desigualdad-extrema-en-mexicoconcentracion-del-poder-economico-y-politico/> [consulta: 16 de julio de 2017].
- Ramírez Rojas, G., Freyermuth Enciso, G. y Argüello Avendaño, H. (2016). Acuerdos y convenios interinstitucionales como ejes unificadores del Sistema Nacional de Salud en México. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. [en línea] http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Acuerdos_y_convenios.pdf [consulta: 12 de noviembre de 2017].
- Revilla-Rodríguez, E. y Pimentel-Roque, C. Calidad de los Servicios de Salud en México. Evidencia Médica e Investigación en Salud, vol. 5 (3), 76-78. [en línea] <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2012/eo123a.pdf> [consulta: 3 de agosto de 2017].
- Rolim Sampaio, L. (2006). La estrategia de atención primaria en Brasil. Honduras: Ministerio de Salud de Brasil. [en línea] www.paho.org/hq/documents/.../Programa_Salud_Familiar_Brasil_L_Sampaio.o.pps [consulta: 02 de septiembre de 2017].
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2013). Presupuesto de Egresos de la Federación. México. [en línea] http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2013/temas/omom/33/r33_ep.pdf [consulta: 21 de abril de 2017].
- Secretaría de Salud. (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México. [en línea] http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_20012006/pns2001-006.pdf [consulta 03 de abril de 2017].

- Secretaría de Salud. (2017). Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados Enero-Junio 2017, [en línea] http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-021/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf, [consulta: 05 de mayo de 2018].
- Uvalle Berrones, R. (2003). La Recuperación Conceptual y Metodológica de la Administración Pública, Convergencia. Revista de Ciencias Sociales, vol. 10 (33), 249-272. [en línea] <http://www.redalyc.org/pdf/105/10503311.pdf> [consulta: 24 de julio de 2016].
- Valverde Viesca, K. (1998). El desmantelamiento del Estado interventor en México. Estudios políticos, Núm. 18, Cuarta Época, Mayo-Agosto, p. 138 [en línea] <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/37196/33780> [consulta: 17 de marzo 2018].
- Veras Soares, F. (2006). Universalización o focalización – un falso dilema. Brasil: Centro Internacional de Pobreza, PNUD/IPEA. [en línea] www.ipcundp.org/paper-seminar/UniversalizacionOFocalizacionUnFalsoDilema.ppt [consulta: 07 de mayo de 2017].
- Villagómez, A. y Hernández, J. (2010). Impacto de la reforma al sistema de pensiones en México sobre el ahorro. Economía Mexicana. Nueva Época, vol. XIX (2), 271-310. [en línea] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32315831003> [consulta: 18 de abril de 2017]
- [www.bancomundial.org/Banco Mundial](http://www.bancomundial.org/Banco_Mundial). (2012). Indicador Doing Bussiness.
- [www.diputados.gob.mx/Cámara de Diputados](http://www.diputados.gob.mx/Cámara_de_Diputados) (2006-2012).
- www.ecured.cu/index.php/Ministerio_de_Salud_Pública
- www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&id_notas=742965.
- www.imss.gob.mx/profesionales-salud/investigacion Clasificación de Instituciones de Salud (CIS). (2004)

- www.issste.gob.mx www.salud.gob.mx www.inegi.gob.mx
www.worldbank.org www.ocde.org
- www.organizacionmundialdelasalud.com/23052013/
- www.sct.gob.mx/...m.../4.Rutas%20nuevas%20o%20adicionales.pdf
Cámara Nacional de Aerotransportes.
- www.sld.cu/sistema_de_salud/aspectos.html
- [www.who.int/es/Organización Mundial de la Salud](http://www.who.int/es/Organización%20Mundial%20de%20la%20Salud). (2003). El sistema de salud en México. Organización Mundial de la Salud (2008). Pandemia de influenza.
- www.who.org www.imss.gob.mx

ORDENAMIENTOS LEGALES.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Sista, México, 2005.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, Editorial Sista, México, 2005.
- Legislación Civil Federal, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, editorial Sista, México 2005.
- Legislación Civil Federal, Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Editorial Sista, México 2005.
- Legislación Civil Federal, Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Legislación de Ecología, Ley General de Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.
- Ley General de Salud, Editorial Sista, México, 2005.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Editorial Sista, México 2005.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Editorial Sista, México, 2005.

- Sistema Nacional de Regulación, Control y Fomento Sanitarios, Dirección de Regulación Sanitaria y Desarrollo, Secretaría de Salud, México 1998.

DICCIONARIOS Y ENCICLOPEDIAS.

- Biblioteca de Medicina, Introducción a la Medicina, Genética e Inmunología, Volumen I, Editorial el Ateneo, Argentina, 1992.
- Diccionario de Política, Orheva Políticos, Valletta ediciones, Argentina, 2001.
- Hillmann, Karl Heinz, Diccionario Enciclopédico de Sociología, primera edición, Editorial Heder, España, 2001.
- Palomar De, Miguel Juan, Diccionario para Juristas, Tomos I y II, Editorial Porrúa, México, 2000.

DOCUMENTOS OFICIALES

- 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.
- Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México, 2002. México, 2002
- Consejo Nacional de Población. Programa Nacional de Población 2000-2006. México, 2001
- Diario Oficial de la Federación. 30 de mayo de 1994 Norma Oficial Mexicana (NOM-005SSA-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
- 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 período extraordinario de sesiones de la Asamblea General (2000). México, Abril de 2004
- Norma Oficial Mexicana (NOM-147SSA2-1994) para la Prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria
- 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 la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- O.N.U. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
- 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. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000
- 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.
- Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006. México, 2001

- Secretaría de Gobernación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, 2005
- Secretaría de Salud. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. 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. El Derecho a la libre decisión en salud reproductiva. Dirección General de Salud Reproductiva. México, 2002
- Secretaría de Salud. Informe Salud. México 2004
- Secretaría de Salud. Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida", México, 2001
- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, 2001
- 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 Adolescencia en América Latina y el Caribe: orientaciones para la formulación de políticas. Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. 2001

Referencias Periódísticas

- "Encuentro Nacional de Mujeres Indígenas" en La Doble Jornada. 08 de enero, 1996.
- "Foro sobre la Sexta pregunta de la Convención Nacional de Mujeres" en La Doble Jornada. 04 de septiembre. 1995.
- "Movimiento magisterial" en Suplemento de la Doble Jornada México 6 de Mayo, 1991.
- Becerril, Julieta. "Salud reproductiva" en La Jornada. 6 de septiembre , 2001

- Briño, Alejandro. "Radiografía mínima de la nueva beligerancia católica" en Suplemento de la Jornada, octubre 7 de 1999.
- Cepeda, Onésimo. Declaración pública en La Jornada. 21 de julio. 1998.
- Zebadúa, Emilio. "Un nuevo civismo ¿para qué?" en La Jornada. 26 de septiembre de 1999.
- La doble jornada. 01 de agosto. 1994.
- La doble jornada. 01 de junio. 1992.
- La doble Jornada. 06 de julio. 1992.
- La Jornada. 14-marzo-2005. "Planificatel ha ofrecido un millón 178 mil asesorías".
- La Jornada. 15 de julio. 1990.
- La Jornada. 15-febrero-05 "La violencia de pareja afecta a 20% de mujeres den México." Carolina Gómez Mena.
- La Jornada. 16-diciembre-04 "Una buena educación sexual propicia conductas responsables: Imesex". Carolina Gómez Mena.
- La Jornada. 17-enero-05. "Crece número de mujeres que usan anticonceptivos". 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. 18-noviembre-04. "Por problemas perinatales, 20% de los decesos mundiales: experto". Ángeles Cruz Martínez.
- La Jornada. 19-mayo-2005. "ONG buscan financiamiento público en el Inmujeres.
- La Jornada. 19-noviembre-04. "México, ejemplo de rezago en el combate a la mortalidad materna". Ángeles Cruz Martínez
- 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. 20-diciembre-04. "Al año, más de 4,500 muertes por cáncer cérvico uterino. Carolina Gómez.

- La Jornada. 21-enero-05. “La postura en torno al condón no es monolítica en la Iglesia, destaca ONG”. Laura Poy Solano.
- La Jornada. 23-noviembre-04. “El machismo, factor de incidencia en el contagio del sida en México: Ssa”. Angélica Enciso L.
- La Jornada. 25-noviembre-04. “El aumento de sida entre mujeres, por la violencia de género: ONU”. Ángeles Cruz Martínez
- La Jornada. 26-noviembre-04. “Fox ofrece aclarar feminicidios y castigar a funcionarios negligentes”. Rosa Elvira Vargas
- 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”. Víctor Ballinas
- La Jornada. 29-noviembre-04. “Las mujeres, biológica y socialmente más vulnerables al sida, revela la OMS”. 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. 9-diciembre-04. “Más de la mitad de la infancia mundial, en la pobreza: Unicef”. Ángeles Cruz Martínez
- Reforma. 18 de agosto. 2000.

BOLETÍN

- GIRE. Argumentos Razonados a favor de la despenalización del Aborto. México 1994.
- GIRE. Boletín trimestral sobre reproducción elegida. GIRE. Números 20-25. Marzo 1999-Junio 2000.

- GIRE. Las mujeres que Abortan. Hoja informativa. México 2001
- GIRE. Miradas sobre el Aborto. Metis, México 2001

CONFERENCIAS

- Acerca de los ámbitos de acción de mujeres de Barbieri Teresita. Presentada I Coloquio del PUEG 1991.
- Avances y retos de la salud reproductiva en México: discurso, financiamiento y praxis de Espinosa Damián Gisela en Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. México. 2000.
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y el desarrollo en " Tercera Conferencia de la ONUCED", volumen IA, Primera parte, abril 1972.
- Conferencia dictada en: Primera Reflexión académica y política sobre; la Interrupción del Embarazo, ética derechos humanos de las mujeres, salud pública. Estudios de Género y el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México. Septiembre del 2000.
- Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Teherán. 22 de abril a 13 de mayo de 1968.
- Conferencia magistral dictada en: Reunión Nacional del Programa de Salud Reproductiva y Población de la Fundación Ford. Cuernavaca, Morelos. México, julio de 1995.
- Conferencia Mundial de la Mujer. Copenhague 1980
- Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer. México 1975
- Conferencia: La mujer y la Revolución. De Matilde Rodríguez Cabo dictada en el Frente Socialista de abogados. México. 1937.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer. Belén Do Para 1994.

- II Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos. Viena 1993 IV Conferencia Mundial de la Mujer: Declaración de Beijing. Plataforma de Acción. CONMUJER. UNICEF, Milenio Feminista México 1999.
- III Conferencia Mundial de la Mujer. Nairobi 1985
- IV Conferencia Latinoamericana de Población: La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe. Ciudad de México, marzo 1993.
- Las reformas a la legislación sobre aborto en la ciudad de México, agosto del 2000: Una Lucha larga y difícil de Cortés Ana, Sharon Bisseil en Estrategias para el acceso al aborto legal y seguro. Un estudio en once países. Iniciativa de Johannesburgo. en el Foro por los Derechos Reproductivos y The Women's Health Project. Sudáfrica johanssburgo 2000.
- Legalidad y legitimidad en torno al derecho a la mujer a la reproducción de Azzolini, A. presentado en el Foro políticas públicas, mujeres y maternidad: un debate urgente. GEM mimeo 1993.
- Los derechos reproductivos como derechos de la ciudadanía de Berengere Marqués presentada en el XX Congreso latinoamericano de Sociología. Octubre .1995.
- Marqués, Berengere. "Los derechos reproductivos como derechos de la ciudadanía". Ponencia presentada en el XX Congreso Latinoamericano de Sociología. Octubre, 1995.
- Primera Reflexión Académica y política sobre: La interrupción voluntaria del embarazo ética derechos humanos de las mujeres y salud pública, presentada por Hierro Graciela. UNAM /CEIIH septiembre de 2000.
- Salud sexual y reproductiva en México: los programas, los procesos, los recursos financieros de Espinosa Gisela y Paredes Lorena en Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. México. Marzo, 1999.

CUADERNOS DE INVESTIGACIÓN

- Azzolini, A. "Legalidad y legitimidad en torno al derecho a la mujer a la reproducción" en Foro políticas públicas, mujeres y maternidad. Un debate urgente. Mimeo, 1993.
- Carta a las Mujeres. Juan Pablo II. 29 de junio, 1995.
- Carta de IPPF (Federación Internacional de Planificación de la Familia) de derechos sexuales y reproductivos. Visión año 2000. Inglaterra, 1996.
- Espinosa Damián, Gisela. "Avances y retos de la salud reproductiva" en Foro nacional de mujeres y políticas de población: Asociaciones de colaboración entre ONG y el gobierno por la salud reproductiva en México. Bissell, Sharon; Mejía, Ma. Consuelo; Mercado Patricia. México. Marzo, 2000.
- Estrategias para el acceso del aborto legal y seguro. Ed. The Women's Health Project, Iniciativa de Johannesburgo 2001.
- Estudios Básicos de Derechos Humanos IV instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José Costa Rica. 1996.
- Foro nacional de mujeres y políticas de población: Asociaciones de colaboración entre ONG y el gobierno por la salud reproductiva en México. Bissell, Sharon; Mejía, Ma. Consuelo; Mercado Patricia. México. Marzo, 2000.
- Foro ONG calidad de la atención en salud sexual y reproductiva Carmen Elú Editora. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. México 1997.
- Gramisci, Antonio. "Los intelectuales y la organización de la cultura" en Cuadernos de la cárcel. México, Ed. Presente y pasado, 1975.
- La Santa sede y los derechos de las mujeres: un informe sobre la plataforma de acción de Beijing. Católicas por el Derecho a Decidir. 2000.
- Los derechos de las mujeres en el contexto internacional de Mejía María Consuelo. México, mimeo.
- Ollviera, Francisco. "Vulnerabilidad social y carencia de derechos" en Cuadernos ABONG. núm. 8. San Paulo. 1995.

- Palomo, Nelly. "Feminismo de fin de milenio: Entrevistas de Nelly Palomo a Ximena Bedregal, Cecilia Loria y Patricia Mercado" en Cuadernos Feministas, núm. 5. julio agosto-septiembre. 1998.
- Palomo, Nelly. "La ausencia de las mujeres indígenas" en Cuadernos Feministas, núm. 5. julio-agosto-septiembre, 1998.
- Sánchez Olvera, Alma. "Historia, ideología y praxis en México" en Cuadernos de investigación No. 14 Programa de Investigación ENEP Acatlán -UNAM México. 1990.