

# PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y LA IGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD EN IMSS BAJA CALIFORNIA

## Resumen Ejecutivo

La Organización Mundial de la Salud, define la salud reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida e incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual. Por ello, al promoverse la perspectiva de género como una política de estado en materia de salud, llama la atención que no se mencione la salud sexual en los programas, sino solamente salud reproductiva.

El documento rector del *Centro Nacional de Equidad de Género en Salud Reproductiva*<sup>1</sup> menciona que la sexualidad reproductiva no es un asunto de las mujeres, ni el género quiere decir mujer, sin embargo en las tres modalidades observadas, Planificación Familiar, Arranque Parejo en la Vida, e Igualdad de Género en Salud<sup>2</sup>, a nivel ejecutivo-operativo y su aplicación en **IMSS Baja California**, se confunden los conceptos, la incorporación a sido parcial y en algunos casos profundiza los impactos negativos, o se encuentran descuidos conceptuales en los servicios proporcionados. Así mismo, al definirse la normativa a nivel nacional en el *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva* y a nivel ejecutivo-operativo en el IMSS, se dificulta la operación de los programas que requieren una excelente coordinación interinstitucional, que como alcanzamos a percibir esta todavía no se ha logrado. El programa apunta a objetivos y estrategias amplios, sin embargo, su capacidad operativa es limitada y su capacidad presupuestaria es débil.

Por último, el programa presenta una tendencia a persuadir insistentemente a las mujeres a usar métodos de anticoncepción, servicios específicos de salud, a consumir información, entre otras, mientras que a los varones sigue presentándoseles las acciones como una opción que pueden o no tomar, tendencia que sigue privilegiándolos en la toma de decisiones sobre la salud reproductiva, además, no establece estrategias para grupos focalizados, como jóvenes, migrantes u hombres que tienen sexo con hombres, o protocolos de atención para casos como el aborto, quedando a discreción del servidor en turno el trato a la usuaria.

---

<sup>1</sup> A partir de este momento se utilizará la abreviatura de CNEGS

<sup>2</sup> A partir de este momento para referirnos a las modalidades se utilizarán las abreviaturas PF, APV e IGS respectivamente.

## Introducción

El presente documento consiste en la etapa final del análisis del programa de Salud Reproductiva en tres modalidades: PF, APV e IGS, y como se opera-ejecuta en el IMSS de Baja California. La metodología e instrumentos de análisis los proporcionó la UORCS y la SFP<sup>3</sup>, estableciendo una estructura y una guía base para el **análisis de gabinete** a través de preguntas para responderse en sistema binario SI - NO, fundamentando debidamente las respuestas consultando los programas, el Plan Nacional de Desarrollo, el Sectorial e instrumentos internacionales sobre género y transparencia. Para el **trabajo de campo**, los instrumentos y el universo a aplicar fue definido por la UORCS, en la convocatoria.

**Elección y Composición de la Muestra:** Aplicamos 125 **encuestas** a usuarias del programa solo mujeres y 15 **entrevistas** a mujeres y hombres responsables de salud reproductiva o planificación familiar en Tijuana y Mexicali, así mismo llevamos a cabo un **grupo de enfoque** con las usuarias para establecer sus opiniones sobre el servicio y un **Foro temático** que nos permitió recopilar información de las usuarias.

- **Fuentes datos y procedimientos de recopilación de la información:** La UORCS nos proporcionó alguna información del programa o en su caso facilitó la obtención de la misma a través de escritos a los titulares a nivel local o responsables a nivel nacional. También obtuvimos información de las páginas web de las instituciones y con relación a presupuestos de la misma página de SHCP. Las direcciones del IMSS las obtuvimos de la web y de referencias conocidas. Para la aplicación de encuestas y entrevistas, primeramente las encuestadoras preguntaban por la persona encargada del Programa de Salud Reproductiva<sup>4</sup>, y una vez les indicaban, se presentaban y acreditaban portando su gafete de identificación solicitando el permiso para aplicar las encuestas, o la entrevista. En lo general no hubo problemas para que se otorgara el permiso. Las encuestas se aplicaron solo a mujeres que se encontraban en ese momento en la clínica solicitando servicios de atención por embarazo, parto o puerperio o PF y las entrevistas a la persona, que se acreditaba como responsable.
- **Cronograma:** Iniciamos la aplicación de encuestas y entrevistas durante de ago. a oct. Del 2009 en los 5 municipios de Baja California, notificando previamente al Delegado del IMSS y a las responsables del programa. El grupo de enfoque se llevó a cabo en Mexicali el 23 de octubre.

---

<sup>3</sup> Abreviaturas de UORCS y SFP de la Unidad de Operación Regional y Contraloría Social de la Secretaría de la Función Pública respectivamente

<sup>4</sup> Se utilizará la abreviatura SR

## CAPÍTULO I INFORME FINAL DEL OBSERVATORIO

### Sección 1. Resultados del Análisis de Gabinete

El programa, en sus tres modalidades APV, PF, IGS no cuenta con Reglas de Operación y en su aplicación en el IMSS Baja California, en la modalidad de PF no se vincula con la Ley General de Población en la modalidad de Anticoncepción, ni con la Ley de Salud del Estado de Baja California, principalmente, ésta adolece de la perspectiva de género, se enfoca a las mujeres en edad fértil, ignora a los varones y no explicita prácticas de anticoncepción de manera sistemática y formativa a grupos focalizados como adolescentes o personas que viven con VIH-SIDA. En la modalidad de APV los objetivos no contemplan la perspectiva de género, sino más bien una perspectiva social para garantizar la oportunidad al servicio de todas las mexicanas, y en la modalidad de IGS los objetivos del programa tienen incorporada la perspectiva de género y se basan en el marco jurídico nacional e internacional de la temática, pero no se ve reflejado en requerimiento de servicios diferenciados que contemplen la diferencia sexual entre hombres y mujeres. No basta con mencionar que si están contemplados, sino que se debe indicar en que objetivo se contempla. Es importante mencionar que en el Plan Sectorial se recupera el concepto de “**salud sexual y reproductiva**” y este se pierde en la instancia normativa CNEGYSR, que solo hace mención a la **salud reproductiva**, consideramos la pérdida de este concepto un retraso en la conceptualización de la salud con perspectiva de género.

El programa en sus modalidades de PF y APV no contempla principios y conceptos de CEDAW, INSTRAW Y BEIJING<sup>5</sup>, solo retoman el concepto en donde se establece como derechos humanos de la mujer el control de su salud sexual y reproductiva, en cambio en la modalidad de IGS se plasma en la intención del programa de incorporar la perspectiva de género en el Sistema Nacional de Salud.<sup>6</sup>

El programa reconoce como parte del marco institucional y normativo a la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, pero no se ocupa de las convenciones internacionales anticorrupción (**CICC y la UNCAC**<sup>7</sup>) sino sólo de las responsabilidades administrativas de los servidores públicos, y no aparecen mecanismos concretos de

---

<sup>5</sup> CEDAW: Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer.  
INSTRAW: Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer.  
BEIJING: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.

<sup>6</sup> Ver Página 14 del Programa Igualdad de Género en Salud

<sup>7</sup> CICC: Convención Interamericana Contra la Corrupción  
UNCAC: Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción

participación ciudadana, sólo la mención de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental como parte del marco institucional y jurídico.

No resulta congruente con los objetivos estratégicos del programa, que no se incorporen los varones en la misma medida y acciones que a las mujeres, además de que no hay ampliación de la población objetivo a grupos focalizados. El enfoque está prácticamente orientado a las mujeres altamente marginadas económica y socialmente, y como ya decíamos no atiende a las y los jóvenes a pesar de que el embarazo adolescente es un grave problema<sup>8</sup>. En cuanto a los trámites a realizar por las beneficiarias del programa, en la modalidad de PF solo se menciona a las adolescentes unidas, y esta mentalidad afecta a las/os jóvenes sexualmente activas-os sin estar “unidas-os” que soliciten el servicio. Con relación al aborto no hay protocolos explícitos. Para IGS no se obtuvo información de los procedimientos o trámites para solicitar los servicios, como por ejemplo la capacitación a personal del sector de salud.

En transparencia y rendición de cuentas se plantean diferentes mecanismos a través de monitoreo periódico, encuestas, reportes, seguimientos y análisis,<sup>9</sup> pero solo internos y, no así hacia la población beneficiaria. En PF se menciona que las irregularidades detectadas se reportaran en la contraloría interna, y que se atenderán solicitudes de información de violación de derechos sexuales y reproductivos que se reciban de las Comisiones de Derechos Humanos, pero muy en general, no especifica procedimientos, tiempos, ni sanciones, ni la relación con la ciudadanía<sup>10</sup> en APV no hay evidencia al respecto, en los documentos y en IGS sólo se menciona en el programa la participación a través de capacitaciones y cursos abiertos. El IMSS es una institución que cuenta con muchos años de prestar el servicio de planificación familiar a derechohabientes y se ofrece información y abasto de anticonceptivos como parte de las actividades rutinarias de Trabajadoras Sociales y Médicos-as Familiares, además en su página web proporcionan todo tipo de información específica sobre 10 métodos anticonceptivos, pero también nos mencionaron las usuarias del desabasto no es una novedad.

No hay claridad del CNEGS este vinculado al IMSS, incluso a través de IMSS-

---

<sup>8</sup> <http://www.ddeser.org/ddeser2008/embarzo.pdf>

<sup>9</sup> Ver Capítulo 5 del Programa PF

<sup>10</sup> Ver Página 47 del Programa PF

Oportunidades. Se atiende a mujeres que no son derechohabientes, pero únicamente en situaciones de embarazos de alto riesgo y no se ofrece el servicio a población abierta marginada<sup>11</sup>, particularidad que no se encuentra lo suficientemente difundida.

El programa **IGS** resulta demasiado novedoso tanto para las instituciones de salud, como para el personal del IMSS quienes en entrevista informan que la capacitación se lleva a cabo a través de pláticas informativas a médicas-os, enfermeras-os, trabajadoras sociales y videos sobre violencia familiar a derechohabientes, sin embargo se aprecia que no tienen claridad sobre el mismo concepto de género, reduciéndolo al concepto de violencia. Por lo que consideramos insuficiente la promoción del programa de “Igualdad de Género en Salud” hacia el interior del sector salud, mucho menos hacia el exterior.

**Matriz de Marco Lógico:** El documento es muy completo, los indicadores son adecuados así como la frecuencia y los indicadores de resultados. Descubrimos este documento navegando en la web, pero el mismo personal de salud de la institución no lo conoce y por supuesto no lo aplica dada la inercia de la institución, por lo que recomendamos de manera inmediata una capacitación a responsables del programa en BC.

**Sobre Presupuestos:** No existe información desagrupada que permita evaluar el presupuesto dedicado al programa en IMSS en las tres modalidades observadas: PF, APV, IGS. Anteriormente por general, se agrupaba la atención a la Salud Pública y la SR dentro de un mismo presupuesto, sin embargo se estima que el presupuesto federal específico para el área de Salud Reproductiva para el año 2007 y 2008 ha ido disminuyendo considerablemente del año 2008 al 2009 de 15.3 millones de pesos que equivale al 3.1% del presupuesto total, dicha disminución es mayor al presupuesto asignado para la operación total del programa en BC. En México existen una población de 54.7 millones de mujeres, de las cuales se estima una población de 27.3 millones de mujeres en edad reproductiva, por lo que se invierte por cada una **18.1 pesos por año** en materia de SR. Es un presupuesto insuficiente para cumplir con los objetivos de los programas y no obstante su relevancia, no ha sido priorizado para la asignación de recursos. A nivel estatal, el presupuesto asignado disminuyó del 2008 al 2009 en 2.56 millones de pesos que equivale al 22.4% del presupuesto actual, resultando en un presupuesto inferior al asignado en el 2007. Si bien, existe una disminución a nivel nacional en la material, en el caso de BC el decremento es grave. El presupuesto federal destinado a Salud Reproductiva en el periodo del 2007 al 2009

---

<sup>11</sup> Entrevista sostenida el 7 de sept. A la Dra. Montes Directora Adjunta del área de salud reproductiva en IMSS-B.C..

tuvo un crecimiento marginal de 2.7%, mientras el presupuesto federal creció en el mismo periodo 25.8%. Aunque el área cuenta con un presupuesto insuficiente para cumplir con sus funciones, SR ha estado fuera de las prioridades gubernamentales.

Salud Reproductiva	
Presupuesto histórico Federal	
Año	Cantidad (pesos)
2007	482,166,413
2008	510,385,809
2009	495,034,352

Salud Reproductiva	
Presupuesto histórico Estatal-BC	
Año	Cantidad (pesos)
2007	12,149,689
2008	13,990,084
2009	11,427,219

## Sección 2. Resultados del Trabajo de Campo

**Resultados de Aplicación de Entrevistas.** Se realizaron 15 entrevistas a personal hombres o mujeres relacionados con el programa y como se implementa en IMSS- B.C. En general se detectó la falta de capacitación del personal encargado de operar los programas de salud reproductiva, en cuanto al concepto de “equidad de género”: Hay una tendencia muy insistente en considerar concepciones erróneas: “Género sinónimo de mujer” - “Salud reproductiva- responsabilidad solo de mujeres” - “Programas para la Equidad de Género en Salud sinónimo de programas de violencia”, lo que nos indica que si las personas responsables de coordinar la salud reproductiva en el IMSS-BC no tiene esta concepción, muchísimo menos el personal responsable de operar los programas: los-las médicas, trabajadoras sociales, enfermeras-os del sistema. El personal en mandos medios y superiores entrevistadas-os, poseen muchos años de experiencia y se han desarrollado en varias áreas de la misma en la institución, por lo que poseen un alto grado de conocimientos sobre los programas y procedimientos. Las jefas delegacionales ya sea en salud reproductiva o en las secciones coinciden que en este programa son mujeres. Mientras más alto es el rango de autoridad en la institución, hay un mayor conocimiento de los programas, pero no necesariamente se traduce en mejoras o establecimiento de prioridades para el área de salud reproductiva, ya que es una institución muy centralizada.

Observamos que la modalidad PF es un servicio extensivo a la población abierta que lo solicite y si el personal de turno, tiene en esos momentos problemas con la aplicación de alguno de los métodos, se canaliza con el ginecólogo especialista. Las mujeres usuarias que solicitan un método de planificación familiar se les recomienda el “DIU” con el argumento de

ser un método de alta continuidad, que puede durar hasta 5 años, pero no pudimos detectar si esta es una política de la institución o si fue una coincidencia en la opinión personal de los entrevistados. En general las clínicas del IMSS tienen instalaciones adecuadas.

**Resultados del Grupo de Enfoque:** Las asistentes dijeron que el servicio médico de las instituciones puede ser muy bueno, pero que se tienen que buscar caminos para tener esa atención especial que solo tienen los-las “recomendadas”. Coincidieron en la importancia de denunciar las irregularidades, ya que si están pasan desapercibidas sin duda seguirán presentándose, pero sin embargo no lo han hecho. Proponen que se busquen los mecanismos para que los-las servidores públicos en el sector salud cambien su actitud y el trato hacia las usuarias, que se sienten cosificadas. Que se tome en cuenta las observaciones de los-las pacientes y que se atiendan sus demandas de servicio y no se ignoren sus inquietudes. Se considera que falta difusión, ya que actualmente existen instituciones públicas que pueden solucionar problemas y disponen de personal altamente capacitado, con instalaciones de primer nivel pero mucha gente no las conoce. También se mencionó la importancia de cambiar la actitud ante los-las jóvenes y niños-as que como nuevas generaciones tienen otra información en un contexto mucho más abierto al que había en otras generaciones, lo que les permite tener un abanico más amplio de posibilidades en la cultura y la higiene en cuanto a salud reproductiva e igualdad de género.

**Resultados de Aplicación de Encuestas.** Estas solo pudieron aplicarse a mujeres porque el instrumento proporcionado por la SFP no contempla a varones. En general, la población encuestada destaca que la mayoría es casada, con un promedio de 26 años de edad, 2 hijos y en sus viviendas habitan en promedio 4 personas, no pertenece a un grupo indígena y solo una mujer habla un dialecto. Casi todas dijeron desconocer el funcionamiento del Comité de Contraloría Social de la Clínica. En relación a la Transparencia, la mayoría de las entrevistadas (92%) dijo que no le habían condicionado en forma alguna el servicio y sólo el 6% dijo haber percibido alguna irregularidad en el funcionamiento de la clínica, pero el 71.4% no conoce donde presentar alguna queja del servicio si hubiera, lo que nos indica la importancia en difundir los mecanismos de contraloría social.

Lo más sobresaliente se refiere a que no se aplican los exámenes a todas las mujeres embarazadas (de orina, de sangre, ultrasonido, papanicolao, detección de cáncer, preventivos etc) y solo a la tercera parte se les recomienda ácido fólico, pesar de que estas medidas son eminentemente preventivas en caso de malformaciones genéticas, riesgo de la

vida de la madre, ITS u otra. Preocupa que al 53% NO les propusieran, además de la consulta, una prueba de papanicolao y tampoco la instruyeron para la autoexploración de mama u otros exámenes preventivos. Acerca de la evaluación y percepción de los servicios, las entrevistadas declararon en mayoría, que estaban satisfechas con el servicio (81.1%), mientras que 17% dijo no estar satisfecha, pero el instrumento no recoge los motivos de insatisfacción. En cuanto al trato médico es importante mencionar que en general lo consideran respetuoso pero el 1.7% mencionó que las trataron como niña, y las hicieron avergonzarse, algo común en la cultura médica sin perspectiva de género. El 51% de las entrevistadas, declaró que preferían ser atendidas por una doctora y el 1.7% por un doctor, por lo que consideramos, que en la medida de las posibilidades de la institución, se les debe de dar la opción a las usuarias de elegir su médica-a e incluso este puede ser un incentivo motivador o evaluador del personal médico. En relación al tiempo de espera entre el momento de la recepción de la ficha hasta el pase a consulta, lo que observamos es que no se respetan los horarios de las mujeres trabajadoras, quienes tienen que solicitar a las 7 AM su ficha y a veces esperan hasta hora y media que las atiendan y para la mayoría la consulta dura tan solo 10 minutos. Solo el 14.29% de las entrevistadas dijeron que las acompañaba a la consulta su cónyuge, al 8% nadie, y el 40% toma la decisión de usar un método anticonceptivo ella sola; porcentajes que nos indican que se sigue pensando que el tema de la reproducción solo es responsabilidad de las mujeres. Así mismo en promedio, dedican 6 horas al trabajo doméstico y los fines de semana 4 horas y a la tercera parte nadie les auxiliaba, otro tercio dijo que en su casa, las tareas las hacen sólo las mujeres y el resto que se da preferencia a los varones para que estudien o no les permiten a las mujeres, lo que nos indica que se siguen considerando fuertemente los estereotipos para lo masculino o lo femenino y no se comparten equitativamente las labores domésticas. Sobresale que casi la mitad de las mujeres tienen problemas para recibir el gasto diario por parte de su pareja, y la mayoría (75%) declaró que dependían económicamente de ésta, lo que se define como violencia económica, según se enuncia en la *Ley General para una Vida Libre de Violencia* pero sin embargo ni se considera violencia ni se denuncia. Además la gran mayoría no tiene acceso a una tarjeta de crédito y solo el 3 % tenían un crédito bancario mientras que la mayoría (63.3%) no tienen crédito alguno, quedando las mujeres en total vulnerabilidad.



### Sección 3. Resultados del Monitoreo de Indicadores

Del total del presupuesto asignado al IMSS, el porcentaje destinado a SR es ínfimo abarcando un promedio de 0.18% en tres años de 2007 a 2009. Esto indica claramente que el área de SR e IGS no es prioritaria para el IMSS parafraseando a Lucia Pérez Fragoso *“Donde esta el dinero esta el poder... y sin una adecuada distribución de los recursos simplemente no puede haber desarrollo, ni progreso, ni democracia”*<sup>12</sup>.

El presupuesto para el IMSS se establece de 2007 a 2009 con una tendencia al aumento. De 2007 a 2008 el incremento presupuestario fue de un 12.6% y de 2008 a 2009 fue de un 9%, confirmándose la tendencia a la alta, aún considerando el índice inflacionario. Por otro lado el presupuesto asignado a SR, de 2007 a 2008 tubo un incremento de 5.53% y en 2009 hubo un decremento de 3.10% al de por si ya raquíctico presupuesto. No se guarda la misma tendencia del nacional, ya que el presupuesto debiera de haber aumentado, en 12 y 9% para 2008 y 2009 respectivamente, como sucedió con el presupuesto nacional.

Las cifras indican al igual que para el sector, que no se le da importancia y el suficiente apoyo a la SR y no se atiende como debiera, considerando que el mayor porcentaje de la población son mujeres y por el rol de estas en la reproducción, así mismo se explica el número cada vez mayor de embarazos adolescentes por la falta de una cultura de la información y educación desde el sector salud. Por último solo cabe señalar que los indicadores definidos hasta el momento nos indican que si bien los programas se enmarcan dentro de ejes estratégicos del plan nacional de desarrollo, no se destinan los recursos de manera proporcional. La situación sigue igual en cuanto a la falta de recursos para operar los programas con categoría de prioritarios, cayendo en el incumplimiento de mandato internacional y nacional, con estas cifras, independientemente de la fuente de la información, ya sea local o nacional, podemos afirmar categóricamente que no se podrá alcanzar la meta del milenio de *“reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna”*<sup>13</sup>

**VALORACION DEL PROGRAMA**<sup>14</sup> El indicador nos arroja el dato de que la mayoría de las mujeres encuestadas valoran positivamente el programa, en un 80.8%, aunque habría que abundar en el casi 20% de mujeres que han recibido el servicio pero sin embargo no lo

---

<sup>12</sup> Pérez Fragoso Lucía. Manual de Descentralización de los Recursos Etiquetados para Mujeres. Equidad de Género: ciudadanía, trabajo y familia A.C. [www.equidad.org.mx](http://www.equidad.org.mx). 2004

<sup>13</sup> <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml> milenio. **OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA**

<sup>14</sup> Pregunta 27 ¿ESTA USTED SATISFECHA CON LOS SERVICIOS QUE BRINDO LA INSTITUCION?

perciben positivamente, sugerimos realizar un estudio posterior que arroje las causas de descontento de forma mas contundente que el estudio actual, para estar en posibilidad de establecer medidas correctivas.

**DESEMPEÑO DE LOS FUNCIONARIOS DE LAS DEPENDENCIA**<sup>15</sup> Llama la atención que se percibe mas positivo al programa que a los-as funcionarios-as de la dependencia. (74.16%). Una pista de investigación pudiera ser, el poner atención aquí a ese 1.87% de mujeres que han expresado que el personal médico las ha tratado como niñas o las ha avergonzado durante la consulta. Así mismo referirse que la mayoría de las mujeres prefiere ser atendida por una médica, sin embargo en la institución no hay un 50% de mujeres médicas.

**INDICADORES DE GÉNERO**<sup>16</sup>: Como se explica en los siguientes párrafos, en este indicador consideramos a 10 mujeres de la muestra que en alguno de los 6 reactivos manifestaron haber sufrido algún tipo de discriminación. La pregunta 50 con relación "a quien se dirigen en las consultas" no proporciona información confiable porque no se diferencia de las mujeres que van solas a la consulta, o las que no van a las consultas, además en el reporte final los porcentajes no corresponden al total de la muestra, por lo que la excluimos. Con relación a las preguntas 53 sobre "quien toma la decisiones de cuando tener hijos, (no se menciona cuantos)" son dos mujeres que mencionan que su pareja y dos mujeres, que no saben o no contestaron, consideramos que si no contestaron puede ser que no lo saben porque no lo han hablado o discutido con su pareja o porque no tienen pareja, dato que no arroja la encuesta, pero lo sumamos al tipo de discriminación. Dando un total de 4 mujeres sujetas a discriminación de este tipo, un 3.4% de la muestra. La pregunta 54 sobre "quien toma la decisión del método anticonceptivo" aparece las misma proporción de respuestas 2 mujeres que su pareja toma la decisión, y 3 mujeres que no saben o no contestaron, puede ser el mismo escenario anterior, pero le podemos agregar el supuesto que tampoco arroja la encuesta de que No Aplica, porque no están utilizando ningún método. Entonces el total de mujeres en proceso de discriminación serian las mismas 4 (creemos) dando un total de 3.4% de la muestra. Por último la pregunta 61 sobre "ha vivido alguna de las siguientes situaciones", encontramos los siguientes resultados:

Involucrarse solo mujeres en las tareas domésticas nos arroja el dato de un 4.3%

---

<sup>15</sup> Pregunta 28 ¿COMO HA SIDO EL TRATO RECIBIDO POR EL MEDICO?

<sup>16</sup> Preguntas: 50-53-54-61

anteriormente y en la situación actual 8.6%. El no permitir estudiar a las mujeres, arroja que solo 4 mujeres el 3.4% se encuentra en esta situación pero en el momento actual 6 mujeres el 5.17%. Con relación a estos tres reactivos sobre discriminación, vemos que la situación aumento del antes y de la situación actual cuando pudiéramos pensar que sería a la inversa, es un porcentaje no muy alto de mujeres, pero preocupa que la situación vaya incrementándose. Son 7 mujeres el 5.8 % que contestan que NS/NC en la pregunta sobre “si recibe dinero del cónyuge”, otra vez la encuesta no arroja datos, para mujeres que son viudas, solas o que no tiene pareja, por lo que también en este reactivo faltó la opción de No Aplica. Lo mismo para las preguntas siguientes sobre “el trabajo doméstico” y “si se les permite estudiar” contestan 8 el mujeres el 6.6% que pueden ser las mismas de la anterior que no se aplica y además se puede agregar un dato que también no arroja la encuesta, sobre alguna mujer que tiene hijos-as pequeños que no se adapta a esta situación. Por lo anteriormente descrito **el 8.4% de la muestra vive discriminación de género**, lo que implica la necesidad de instrumentar políticas públicas de capacitación en la institución al personal para que estos a su vez se conviertan en impulsores y transmisores de una cultura de igualdad.

**DEPENDENCIA ECONOMICA DEL CONYUGE**<sup>17</sup> Creemos que este indicador no puede responderse adecuadamente con la respuesta dada en la pregunta, 62, porque el indicador es mucho más ambicioso, y los programas no son vinculantes para determinar la igualdad, pero al menos nos damos una idea del porcentaje de mujeres beneficiarias, que son dependientes económicamente. 90 mujeres de las encuestadas dependen económicamente de su cónyuge, es decir el 75% y el 65% no tiene acceso a ningún tipo de crédito, este es un indicador de la gran dependencia económica de las mujeres, colocándolas en una situación de gran vulnerabilidad social.

---

<sup>17</sup> Pregunta 62. Depende económicamente de alguien?

## CAPÍTULO II FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS

	ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
<b>FACTORES INTERNOS</b>	<p><b>Fortalezas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Experiencia de más de 30 años, con personal calificado. (P. 4-6)</li> <li>2. Instalaciones adecuadas (P.6-7)</li> <li>3. Ubicación de clínicas en todos los municipios de BC</li> <li>4. Gratuito para mujeres trabajadoras o sus cónyuges afiliados al IMSS (P.6)</li> <li>5. Se proporciona PF a población abierta (P. 6)</li> <li>6. Gratuito en casos de embarazo de riesgo y para mujeres no afiliadas al IMSS (P. 6)</li> <li>7. La normatividad obliga a la institución a proporcionar los servicios (P. 3-4)</li> <li>8. Las personas que acuden al IMSS solicitando servicios médicos son público cautivo, con énfasis en las mujeres embarazadas.</li> </ol>	<p><b>Debilidades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No contempla perspectiva de equidad de género. Se orienta a responsabilizar solo a las mujeres de la salud reproductiva. (P. 1-6-7-10)</li> <li>2. No tienen el presupuesto necesario para atender a toda la población al interior con el programa de IGS y al exterior a las beneficiarias. (P. 5-8-9-19)</li> <li>3. No hay servicios con énfasis en la prevención. No se aplican al 100% pruebas de detección a mujeres embarazadas o que acuden por servicios de PF. Ej. ITS o del VIH, infecciones congénitas, cáncer cervicouterino, cáncer de mama (P.7)</li> <li>4. No se atienden ni contemplan necesidades de salud sexual y reproductiva de grupos focalizados. Ej: jóvenes, migrantes, homosexuales, población masculina. (P.4-9)</li> <li>5. Con relación al aborto no hay protocolos explícitos (P.4)</li> <li>6. Horarios de atención no consideran horario laboral (P. 20)</li> </ol>
<b>FACTORES EXTERNOS</b>	<p><b>Oportunidades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En general percepción positiva de la institución. (P. 6-9)</li> <li>2. Es una gran población de mujeres trabajadoras o afiliadas que acuden al IMSS</li> <li>3. La normatividad obliga al sector salud municipal estatal y federal ha establecer medidas de coordinación interinstitucional (P.3-4-5)</li> </ol>	<p><b>Amenazas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No hay cultura de la denuncia. (P: 8-9)</li> <li>2. No hay cultura de la prevención (P. 8-9)</li> <li>3. Las-los jóvenes no reciben educación sexual</li> <li>4. Pandemia mundial de VIH-SIDA con énfasis en migrantes, varones que tienen sexo con varones, jóvenes (P.7-8-23-24)</li> <li>5. El aborto con medicamentos es una información accesible a la sociedad en general.</li> <li>6. El mercado de trabajo informal crece y no hay acceso a IMSS</li> <li>7. Las mujeres se encuentran en situación de vulnerabilidad social, dependen económicamente de su cónyuge, y no tiene acceso a ningún tipo de crédito. (P.8-10-11)</li> </ol>

### CAPÍTULO III PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

- Presentar el programa de manera integral aplicando el concepto de salud sexual y reproductiva, con enfoque de perspectiva de equidad de género para contribuir al bienestar de las mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad social.
- Enfatizar en la importancia de que se acate la normativa nacional e internacional en cuanto a la incorporación de la perspectiva de género en el programa y en la institución.
- Se sugiere implementar estrategias en salud sexual y reproductiva, para la atención de grupos focalizados, varones, jóvenes, hombres que tienen sexo con hombres, migrantes, etc...
- Se requiere aumentar los presupuestos para este programa y dedicar una parte sustancial a la capacitación en género y salud sexual y reproductiva a todo el personal operativo, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales.
- Como instancia normativa el *Centro Nacional de Equidad de Género en Salud Reproductiva* debe ser mucho más enérgico y convertirse en instancia “reguladora” y fiscalizadora de la aplicación de los programas. Tener reuniones trimestrales.
- Establecer estrategias interinstitucionales entre todas las instancias de salud de BC para compartir información y capacitación, además definir claramente los mecanismos de coordinación interinstitucional del sector salud y organizar reuniones mensuales.
- Los materiales impresos para difusión y sensibilización, como carteles, volantes, folletos etc.. que se envían desde el CNEGS que solo se diseñen a nivel central y se difundan por internet para que las entidades federativas las reproduzcan.
- Brindar la opción a las usuarias de elegir su médica-a e incluso este puede ser un incentivo motivador o evaluador del personal médico.
- En relación a la Transparencia presentar los presupuestos y metas por programa y modalidad en la página web de la instancia por entidad federativa.
- Difundir ampliamente en todas las clínicas los mecanismos de contraloría social y colocar en los murales de las clínicas buzones de quejas y/o sugerencias a la vista de las usuarias y atender las expeditamente publicando en la pagina web los resultados.
- Instaurar los protocolos requeridos para una cultura de la prevención. Construir una cultura de la prevención en salud a través de la detección oportuna de enfermedades

prevenibles a las y los usuarios de servicios de salud sexual y reproductiva aplicando pruebas de detección y diseñando campañas específicas.

- El indicador nos arroja el dato de que la mayoría de las mujeres encuestadas valoran positivamente el programa, habría que abundar en el casi 20% de mujeres que han recibido el servicio pero sin embargo no lo perciben positivamente, sugerimos realizar un estudio posterior que arrojara las causas de descontento de forma mas contundentes que el estudio actual, para estar en posibilidad de establecer medidas correctivas.
- Continuar proporcionando PF a población abierta y a grupos focalizados que acuden al IMSS solicitando servicios médicos ya que son público cautivo, con énfasis en las mujeres embarazadas.
- Consideramos que para atender las necesidades de la Delegación es importante un liderazgo político pero con experiencia en la temática de la institución. Sugerimos incorporar el servicio civil de carrera.

### **CONCLUSIONES FINALES**

Como establece la OMS la “salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar” y este solo se alcanzará cuando se atienda la salud de manera integral y holística y esto no podrá darse si no se incorpora la perspectiva de equidad de género. Este modelo es un nuevo paradigma, una nueva cultura de la salud, desde la prevención y en condiciones de igualdad, y no es una concesión política o de los-las funcionarias en turno, sino un mandato que emana desde los convenios internacionales firmados por México y del mismo Plan Nacional de Desarrollo.

Si existe un programa y no tiene las herramientas y los presupuestos para implementarse adecuadamente, no se esta cumpliendo con la normativa. El hecho de que el programa cuente con una normativa a nivel nacional y la operación-ejecución se lleve a cabo por varias dependencias federales o estatales que no se coordinan adecuadamente entre ellas, dificulta enormemente el logro de los objetivos. Así mismo el no tener claridad en la designación presupuestal y recursos etiquetados para cada modalidad, igual dificulta la operación de las mismas. La inadecuada distribución de los recursos para SR en el sector salud, nos indica que todavía no se alcanza a comprender la importancia de incorporar la

perspectiva de equidad de género.

Se encontraron deficiencias del programa en sus tres modalidades. La modalidad rectora y de avanzada es la de Igualdad de género en salud. Las otras dos utilizan el término género como sinónimo de mujer, o hacen referencia al colectivo “mujeres” como “incorporación de la perspectiva de género”. En la modalidad planificación familiar y anticoncepción, se pone en evidencia una presión moral sobre las mujeres consideradas en edad fértil para que utilicen métodos de anticoncepción, especialmente después de un embarazo. Sin embargo, a los varones se les ignora respecto a esta materia. La imposición de decisiones sobre el cuerpo y salud de las mujeres es un acto de violencia, pero también lo es ignorar o eludir la información de los varones porque se les quita la oportunidad de decidir responsablemente sobre un asunto de su competencia y que repercute en relaciones de igualdad de género y, por ende, en la reducción de la violencia hacia las mujeres. Los rubros más débiles del programa son la formación y educación de la población objetivo y ello permite la repetición de errores, como la falta de promoción en la responsabilidad compartida de los varones con sus hijos recién nacidos o en la participación de los cuidados perinatales.

Falta crear nuevos mecanismos de rendición de cuentas, con el fin estratégico de dinamizar y alimentar el programa. Por otro lado IMSS en BC atiende desde hace muchos años los programas de salud reproductiva y no se distinguen fácilmente. Todavía no hay una cultura estable o sólida de la denuncia en México, esta produce temor a posibles represalias, se requiere por parte de las instituciones asegurar la protección de la persona que denuncia y hacer una gran campaña de difusión de la misma. No se ha logrado incorporar la perspectiva de género en la aplicación de los programas de salud reproductiva en el IMSS, hay una tendencia muy insistente en considerar concepciones erróneas: “Género sinónimo de mujer” - “Salud reproductiva- responsabilidad solo de mujeres” - “Programas para la Equidad de Género en salud sinónimo de programas de violencia”. Se llevan estadísticas desagregadas por sexo, pero esto no es suficiente para incorporar la perspectiva de género en los programas, no se capacita a profundidad al personal, solo se les pasa un video y esto no es suficiente. Por ultimo es importante destacar dos aspectos: a las mujeres no se les ofrece la opción de utilizar condón como método de protección contra enfermedades de transmisión sexual, a pesar de estar probado que es un método efectivo, y no se les aplica el examen de papanicolao o exploración de mama para la detección oportuna de cáncer.

## BIBLIOGRAFÍA

- 30 de septiembre 2008. Calvario Martínez Leticia. **Reporte: Seguimiento a los programas y líneas de acción para la atención de la salud de las mujeres del Centro nacional de Equidad de Género y salud Reproductiva, de la Secretaria de salud.** Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género. Capara de Diputados.
- 2007. Díaz Echeverría Daniela. **Seguimiento presupuestal al programa Arranque Parejo en la Vida.** FUNDAR. Centro de Análisis e Investigación A.C.
- 2009. Díaz Echeverría Daniela. **Mortalidad Materna en México y la respuesta gubernamental y el presupuesto público.** Boletín Fundar, Año3. No. 1.
- Octubre de 2005. Maltos Rebeca y Conde Elsa. **Manual de Capacitación del Taller: Construyendo Estrategias para “Ser y Ejercer” ciudadanía.** Diversa.
- Febrero de 2005. Menacho Chiok Luis Pedro. **Indicadores de Género propuestos para Proyectos Sociales,** Lima,
- 2004. Pérez Frago Lucía. **Manual de Descentralización de los Recursos Etiquetados para Mujeres.** Equidad de Género: ciudadanía, trabajo y familia A.C.
- SHCP. Presupuesto de Egresos de la Federación 2007-2008 y 2009
- 2008. **Programa de Acción Específico 2007-2012, Arranque Parejo En La Vida.** México.
- 2008. **Programa de Acción Específico 2007-2012, Igualdad De Género en Salud.** México.
- 2008. **Programa de Acción Específico 2007-2012, Planificación Familiar y Anticoncepción.** México.

## Páginas Web Consultadas

- <http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/anticonceptivos/index.htm>.
- [http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/quienes.php?id\\_rubrique=37](http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/quienes.php?id_rubrique=37)
- <http://www.ddeser.org/ddeser2008/embarzo.pdf>
- <http://www.shcp.gob.mx>                                <http://www.fundar.org.mx/>
- <http://www.saludbc.gob.mx/>                        [www.salud.gob.mx/](http://www.salud.gob.mx/)
- <http://www.mujerysalud.gob.mx/contenido/cnegsr.html>
- [www.generoysaludreproductiva.gob.mx/](http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/)
- <http://www.diputados.gob.mx/documentos/SALUD.pdf>
- [http://es.wikipedia.org/wiki/Grupo\\_focal](http://es.wikipedia.org/wiki/Grupo_focal)
- <http://zip.rincondelvago.com/00040851> <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml> milenio.OBJETIVO5: MEJORAR LA SALUD MATERNA
- [www.equidad.org.mx](http://www.equidad.org.mx).



- [www.apartados.hacienda.gob.mx/.../r50\\_gyr\\_ifaiafipae\\_trim.pdf](http://www.apartados.hacienda.gob.mx/.../r50_gyr_ifaiafipae_trim.pdf)