

PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y LA IGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD EN ISESALUD BAJA CALIFORNIA

Resumen Ejecutivo

La OMS 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.

El documento rector del *Centro Nacional de Equidad de Género en Salud Reproductiva*¹ menciona que la sexualidad reproductiva no es un asunto de las mujeres, ni el género quiere decir mujer, sin embargo en sus tres modalidades Planificación Familiar, Arranque Parejo en la Vida, e Igualdad de Género en Salud, sin embargo, a nivel ejecutivo-operativo y su aplicación en **ISESALUD Baja California**, se confunden los conceptos y 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 *CNEGSR* y a nivel ejecutivo-operativo en los Servicios Estatales de Salud, se dificulta la operación de los programas que requieren una excelente coordinación interinstitucional, que como alcanzamos a percibir esta todavía no se ha dado. El programa apunta a objetivos y estrategias amplios, sin embargo, su capacidad operativa es limitada y su capacidad presupuestaria es débil. En relación a la compatibilidad de normas institucionales y del Estado de BC con respecto a la normatividad nacional no se cumple. La falta de alineación y vinculación responde a criterios discrecionales de cada institución, especialmente en métodos de anticoncepción y en la interpretación de la ley general para la igualdad entre hombres y mujeres. Por último, el programa presenta una tendencia a persuadir insistentemente a las mujeres a usar métodos de anticoncepción, servicios específicos de salud, e información, mientras que a los varones sigue presentándoseles las acciones como una opción, tendencia que sigue privilegiándolos en la toma de decisiones

¹ A partir de este momento se utilizará la abreviatura de CNEGSR y para las modalidades se utilizarán PF, APV e IGS

sobre la salud reproductiva y no establece estrategias para grupos focalizados, como jóvenes, migrantes u hombres que tienen sexo con hombres.

Introducción

El presente documento consiste en la etapa final del análisis del programa en tres modalidades: PF, APV e IGS, y como se opera-ejecuta en el ISESALUD de Baja California. La metodología e instrumentos de análisis los proporcionó la UORCS y la SFP², 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 PND, el Sectorial e instrumentos internacionales sobre género y transparencia. Para el **trabajo de campo**, los instrumentos y el universo a aplicar fueron definidos por UORCS.

Elección y Composición de la Muestra: Aplicamos 140 encuestas a usuarias del programa solo mujeres y 15 entrevistas a mujeres y hombres responsables de SR o PF 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. En un principio tratamos de organizar la aplicación de las encuestas por modalidad, de acuerdo a los tres modalidades observados: APV, PF e IGS, pero pronto descubrimos que el programa de Igualdad de Género en Salud no se encuentra en operación en Baja California. Así mismo planeábamos realizar un cierto porcentaje de encuestas diferenciadas por sexo a hombres y mujeres, utilizando perspectiva de género, pero también nos percatamos que el formato de recopilación de información, es decir el formato de encuesta proporcionado por la SFP, no se puede aplicar a varones.

- **Fuentes datos y procedimientos de recopilación de la información:** La UORCS nos proporcionó alguna información 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 Hospitales y Centros de Salud, 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 SR

² A partir de este momento se utilizarán las abreviaturas de UORCS y SFP para la Unidad de Operación Regional y Contraloría Social de la Secretaría de la Función Pública respectivamente

y una vez les indicaban, se presentaban y acreditaban portando su gafete de identificación y solicitaban 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 de ago. a oct. en los 5 municipios del estado, notificando previamente al Secretario de Salud, con quien nunca pudimos entrevistarnos, solo con la Dirección de Salud Pública y la responsable del programa. El grupo de enfoque se llevó a cabo en Mexicali el 23 de octubre.

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. 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. En la modalidad de APV la instancia responsable el CNEGYSR se propone lograr la cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a niños y niñas en período neonatal. Pero en los objetivos no se contempla perspectiva de género, sino más bien una perspectiva social para garantizar la oportunidad al servicio de todas las mexicanas. Los objetivos del programa de IGS tienen incorporada la perspectiva de género y se basan en el marco jurídico nacional e internacional de la temática.³

El programa no se menciona al PND, solo en el Eje 3 “Igualdad de Oportunidades” en el Objetivo 6, Estrategia 6.1 se establece que “para avanzar en la salud reproductiva se emprenderá una estrategia integral que privilegie a los grupos con mayores rezagos, que asegure la disponibilidad de insumos para la prestación de servicios de planificación familiar y anticoncepción”, pero no incorpora perspectiva de género, sino más bien una perspectiva social para combatir la pobreza y en IGS no marcan la diferencia sexual entre hombres y mujeres y por lo tanto el requerimiento de servicios diferenciados. No basta con mencionar que si están contemplados, sino que se debe indicar en que objetivo se contempla, porque mas bien se fundamente con el Eje 3. Igualdad de Oportunidades.

³ Páginas 13 a 15 del Programa Igualdad de Género en Salud

El programa Sectorial de Salud 2007-2012 establece en su línea de acción 2.7 “promover la salud sexual y reproductiva responsable, con el propósito de que se constituya en el eje de una política nacional de planificación familiar” y recupera el concepto de “**salud sexual y reproductiva**” y este se pierde en la instancia normativa *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*, 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. La Equidad de Género en la salud se entiende como “la eliminación de aquellas disparidades innecesarias, evitables e injustas en las oportunidades de hombres y mujeres para gozar de las condiciones de vida y servicios que les permitan estar en buena salud y no enfermarse, discapacitarse o morir por causas prevenibles evitables”⁴

El programa en sus modalidades de PF y APV no contempla principios y conceptos de CEDAW, INSTRAW Y BEIJING⁵, 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.⁶

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**⁷) sino sólo de las responsabilidades administrativas de los servidores públicos, y no aparecen mecanismos concretos de 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 problema⁸. En cuanto a los trámites a realizar por las beneficiarias del Programa, en la

⁴ Organización Mundial de la Salud 1991 y 2006

⁵ 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.

⁶ Ver Página 14 del Programa Igualdad de Género en Salud

⁷ CICC: Convención Interamericana Contra la Corrupción

UNCAC: Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción

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

modalidad de PF solo se menciona a las adolescentes unidas, y esta mentalidad afecta a las jóvenes sexualmente activas-os sin estar “unidas-os” que soliciten el servicio. 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,⁹ 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 ciudadanía¹⁰ 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. No hay claridad de cómo se relación el CNEGS con el ISESALUD y el programa **IGS** resulta demasiado novedoso tanto para las instituciones de salud, como para el personal quienes en entrevista informan que conocen el concepto ni imparten capacitaciones al respecto, con relación al aborto no hay protocolos explícitos, por lo que consideramos insuficiente la promoción del programa hacia el interior del sector salud, mucho menos hacia el exterior.

Matriz de Marco Lógico: El IMSS para el programa de salud reproductiva cuenta con un documento muy completo que pudiera utilizarse en ISESALUD, los indicadores son adecuados así como la frecuencia y los resultados, pero el mismo personal de salud reproductiva de la institución no conoce el instrumento y por supuesto no lo aplica dada la inercia de la institución, por lo que recomendamos de manera inmediata una capacitación a las responsables del programa en BC.

Sobre el Presupuestos. El CNEGSR es la institución responsable del programa a nivel normativo y de las 3 modalidades observadas: PF, A PV e IGS. Surge en el 2003, y los recursos se reciben del Ramo 12 y Ramo 33. Así mismo se aprecia un decremento de 33.8% del presupuesto asignado al CNEGYSR para 2008 y 2009. El presupuesto para salud reproductiva del Instituto de Salud Pública de BC ha ido en aumento, tal y como se aprecia

⁹ Ver Capítulo 5 del Programa PF

¹⁰ Ver Página 47 del Programa PF

en la información proporcionada el 8 de sep. por el Área de SR, de 2007 a 2008 212% y del 2008 a 2009 218%, sin embargo no se puede analizar en lo sustantivo a que programa o servicio se han destinado los recursos, porque no se encuentra desglosada por programa. PF, no cuenta con recursos etiquetados, por lo que no se pudo de hacer el análisis. **APV** funciona desde 2002 en algunos estados y a partir de 2003 en todo el país.

El Seguro Popular absorbió el presupuesto destinado a los programas vinculados a la salud reproductiva, entre estos, APV. Este hecho aunado a la modalidad de un paquete de intervenciones, sin ninguna de las perspectivas y visión integral contenida en los programas, vino a debilitar sobre manera la rectoría de la Secretaría de Salud y el desarrollo de los programas, los cuales como planteamiento siguen existiendo¹¹. De la misma forma, aunque el programa está enfocado a mujeres pobres o pobreza extrema, no contempla mecanismos reales y efectivos, que impliquen la gratuidad de la atención en salud. Es por eso, que la práctica de cobrar cuotas de recuperación (pagos) a las mujeres, independientemente de su condición socioeconómica y de su condición de salud, sigue ocurriendo y esto es un factor clave que dificulta y desmotiva el recurrir a los establecimientos de salud para la atención durante el periodo gestacional, el parto y menos aun, para después de éste. El CNEGYSR proporcionó información presupuestal sobre este programa, en lo que corresponde al ejercicio presupuestal del 2008, que recibió 6, 587, 030 pesos, como se aprecia en el cuadro y se distribuyeron 640 Bienes por un total de \$17,922.50 pero no explica que se hizo con la diferencia etiquetada para impresiones y publicaciones del total de \$327,130 pesos.

Fue muy complicado acceder a la información presupuestal, que se solicitó en varias ocasiones al Secretario de Salud en Baja California pero sin éxito.

En el 2009, por primera ocasión en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal se incorpora la perspectiva de género en el Capítulo IV en donde se establecen criterios para los programas etiquetados con perspectiva de género. Así mismo, en el artículo 3 Fracción X “Las erogaciones de aquellos programas que incorporan la perspectiva de género, se señalan en el Anexo 9 A de este decreto” que corresponde a un total de 7,024.8 millones de pesos. El hecho de que el programa cuente con una normativa a nivel nacional y la operación del programa se lleve a cabo por varias dependencias federales

¹¹ Díaz Daniela. Mortalidad materna en México y la respuesta gubernamental. y el presupuesto público. Boletín Fundar, Año3. No. 1. 2009. http://www.fundar.org.mx/b_electronicos2009/nota2abril.htm

o estatales que no se coordinan adecuadamente entre ellas, dificulta enormemente el logro de los objetivos. Así mismo el no contar claridad en la designación presupuestal con recursos etiquetados para cada modalidad Observada, como por ejemplo Planificación Familiar.

Sección 2. Resultados del Trabajo de Campo

Resultados Obtenidos de las Entrevistas. Tuvimos problemas para la entrevista al Secretario de Salud, nunca nos recibió, solo logramos cita con al Dirección de Salud y la responsable estatal de SR. Fue muy complicado acceder a la información presupuestal, que se solicitó en varias ocasiones al Secretario de Salud. Los-las servidoras públicas, muchas veces consideraban las entrevistas con mucha aprehensión, no entendían el Observatorio, ni las preguntas, no le veían utilidad, contestaban apresuradamente y con desgano, en alguna ocasión se negaron a decir su nombre. Se realizaron 15 entrevistas a personal hombres o mujeres relacionados con el programa y como se implementa en ISESALUD-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 no tiene esta concepción, muchísimo menos el personal responsable de operar los programas: los-las médicas, trabajadoras sociales, enfermeras-os del sistema. En su gran mayoría no han recibido capacitación en género. La gran mayoría no conoce el CNEGS a pesar de que una persona nos mencionó la fecha de un taller “*Herramienta de toma de decisiones para los clientes y proveedores de planificación familiar*”, organizado por el CNEGS el día 9 y 10 de septiembre en Ensenada. Se menciona que ya hay módulos de vasectomías. En general desconocen el presupuesto asignado al programa. Se mencionó que hay una programación que se trabaja en base a su población y de ahí se establecen metas anuales y se dividen y se trabajan por jurisdicción. y se trabaja de forma coordinada con otras instancias u organización, pero cada quien trabaja su propia población. Se percibe que si se puede y debe de mejorar, hay muchas personas flotantes, migrantes, pero se trata de ajustar a las necesidades que le pueda resolver el hospital, se trata de acomodar la “rotación de usuarios”.

Resultados del Grupo de Enfoque: Las asistentes mencionaron que el servicio médico de

las instituciones puede ser muy bueno, pero que se tienen que buscar caminos para tener esa atención especial, por la diferencia en el trato entre los recomendados y los que no. Coincidieron en la importancia de denunciar las irregularidades, ya que si están pasando 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 SR e IGS.

Resultados de las Encuestas: Estas solo pudieron aplicarse a mujeres porque el instrumento proporcionado por la SFP no contempla a varones. En general, la mayoría de las mujeres es casada, con un promedio de 26 años de edad, 2 hijos y en sus viviendas habitan en promedio 4 personas. Lo más sobresaliente corresponde a que a las entrevistadas embarazadas no se les practican en un 100% todos los exámenes preventivos: de orina, sangre, ultrasonido, papanicolao, exploración de mama, exámenes que se requieren para prevenir el cáncer de mama o cervicouterino, detección de VIH-SIDA entre otros, y solo a la tercera parte se les recomienda ácido fólico, pesar de que estas medidas son preventivas en caso de malformaciones genéticas, riesgo de la vida de la madre, ITS u otra. En cuanto a la etapa de puerperio, durante los cuarenta días postparto les ofrecieron un método anticonceptivo a la mitad de las encuestadas y sólo el 13% declaró que no se lo ofrecieron. Se proporciona en su mayoría como método anticonceptivo dispositivos intrauterinos y solo en una sola ocasión se menciona que sugieren vasectomía para el compañero y lo que es preocupante que al 100% no se les informa de los preservativos como método de protección para ITS o ETS. Y solo el 23 % proporciona el método en las clínicas de ISESALUD, lo que deja a la mayor parte de las usuarias en condiciones de vulnerabilidad. Acerca de la evaluación y percepción de los servicios, la mayoría declararon que estaban satisfechas con el servicio en un 84%, mientras que 15% dijo no estar

satisfecha, pero el instrumento no proporciona los motivos de insatisfacción. También en una gran mayoría mencionaron que el trato recibido por parte del personal médico fue respetuoso y profesional, aunque preocupa un pequeño porcentaje de mujeres que manifestaron trato indiferente, que la trataron como a niña, o que la hicieron avergonzarse, lo que nos advierte de la necesidad de incluir el concepto de salud sexual y reproductiva que contiene consentimiento informado y calidez en el servicio. Sobresale que casi la mitad prefieren ser atendidas por una médica, por lo que la institución debería hacer el esfuerzo de ofrecer esta opción a las usuarias. Casi una tercera parte opinó que los horarios, se les dificultaba por sus jornada de trabajo. Solo el 11% de las entrevistadas dijeron que las acompañaba a la consulta su cónyuge, al 18% nadie, y el 52% 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 un 15% 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 consideran fuertemente los estereotipos para lo masculino o lo femenino y no se comparten equitativamente las labores domésticas. Sobresale que la tercera parte de las mujeres tienen problema para recibir el gasto diario por parte de su pareja, y la mayoría (71%) declaró que dependían económicamente de ésta, lo que se define como violencia económica, según se enuncia en la Ley, 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 (83%) no tienen crédito alguno, quedando en total vulnerabilidad. Casi todas dijeron desconocer el funcionamiento del Comité de Contraloría social de la clínica y que desconocían si dicho Comité había realizado alguna evaluación. En relación a la Transparencia, la mayoría de las entrevistadas dijo que no le habían condicionado en forma alguna el servicio y el 73% no conoce donde presentar alguna queja del servicio. Desde que participan en el Programa, casi la tercera parte no ha solicitado información y una cuantas no recibieron una respuesta positiva a su requerimiento. Lo que nos indica la timidez de las usuarias en cuanto al acceso a la información como un derecho.

Sección 3. Resultados del Monitoreo de Indicadores

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 destina 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”*¹²

Valoración Del Programa.¹³ El indicador nos arroja el dato de que la mayoría de las mujeres encuestadas valoran positivamente el programa, en un 84%, aunque habría que abundar en el casi 16% de mujeres que han recibido el servicio pero sin embargo no lo perciben positivamente, sugerimos realizar un estudio posterior que arroje las causas de descontento de forma mas contundentes que el estudio actual, para estar en posibilidad de establecer medidas correctivas.

Desempeño de los funcionarios-as de la dependencia.¹⁴ Llama la atención que se percibe mas positivo al programa que a los funcionarios-as de la dependencia. (81%) 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 Género¹⁵:

Discriminación. Como se explica en los siguientes párrafos, en este indicador consideramos a 17 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, 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 la pregunta 53 sobre “quien toma la decisiones de cuando tener hijos, (no se menciona cuantos)” son 4

¹² <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml> milenio OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

¹³ Pregunta 27 ¿ESTA USTED SATISFECHA CON LOS SERVICIOS QUE BRINDO LA INSTITUCION?

¹⁴ Pregunta 28 ¿COMO HA SIDO EL TRATO RECIBIDO POR EL MEDICO?

¹⁵ Preguntas: 50-53-54-61

mujeres que mencionan que su pareja y 6 mujeres respondieron que “otro”, en este ítem hubiera sido muy importante preguntar “quien” (el cura, la mamá, el suegro, los hijos-as etc.). También consideramos que si no contestaron (siete mujeres) 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 17 mujeres sujetas a discriminación de este tipo, dando un total de 3.33% de la muestra. La pregunta 54 sobre “quien toma la decisión del método anticonceptivo” aparecen las misma proporción de respuestas 4 mujeres que su pareja toma la decisión, y 1 mujer que no sabe o no contestó, 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. Y además 2 mujeres que contestan “otro”. Entonces el total de mujeres en proceso de discriminación serian las mismas 17 (creemos) dando un total de 12.14% 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% 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 aumentó en relación al “antes” y “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 12% de la muestra vive discriminación de género**, lo que implica la necesidad de instrumentar políticas públicas de capacitación en la institución al personal de salud, para que estos a su vez se conviertan en impulsores y transmisores de una cultura de igualdad.

Dependencia Económica del Cónyuge.¹⁶ Creemos que este indicador no puede

¹⁶ Pregunta 62. Depende económicamente de alguien?

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. La mayoría de las mujeres encuestadas dependen económicamente de su cónyuge, es decir el **71% y el 83% 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.

CAPÍTULO II FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS

	ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
FACTORES INTERNOS	<p>Fortalezas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instalaciones adecuadas (P. 8-10) 2. Ubicación de clínicas en todos los municipios de BC (P. 2-3) 3. Se proporcionan servicios a población abierta (P. 3-6) 4. La normatividad y obliga a la institución a proporcionar los servicios (P. 3-4) 5. Las personas que acuden solicitando servicios médicos son público cautivo, con énfasis en las mujeres embarazadas. 	<p>Debilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No contempla perspectiva de equidad de género. Se responsabiliza solo a las mujeres de la SR. (p. 1-3-4-9) 2. No se atienden necesidades de SR de grupos focalizados. Ej: jóvenes, migrantes, varones, homosexuales, (P.5) 3. No hay servicios con énfasis en la prevención, al no aplicar al 100% de usuarias pruebas de detección a embarazadas o que acuden por servicios de PF. Ej. ITS o de VIH, infecciones congénitas, cáncer de mama, cervicouterino, ácido fólico (P.8) 4. Con relación al aborto no hay protocolos explícitos. (P.5) 5. Horarios de atención no consideran horario laboral (P.8) 6. 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. 5-6-7) 7. Falta capacitación en equidad de género. (P.5-7-10)

FACTORES EXTERNOS	Oportunidades <ol style="list-style-type: none"> 1. En general percepción positiva de la institución y del personal médico. (P. 9) 2. Es una gran población de mujeres que solicitan los servicios de SR 3. La normatividad obliga al sector salud municipal estatal y federal ha establecer medidas de coordinación interinstitucional 	Amenazas <ol style="list-style-type: none"> 1. No hay cultura de la denuncia (P.9) 2. No hay cultura de la prevención. (P.8) 3. Las-los jóvenes no reciben educación sexual 4. Pandemia mundial de VIH-SIDA con énfasis en migrantes, varones que tienen sexo con varones y jóvenes (anexo 10) 5. El aborto con medicamentos es una información accesible a la sociedad en general. 6. Las mujeres se encuentran en situación de gran vulnerabilidad social no tiene acceso a ningún tipo de crédito y dependen económicamente de su cónyuge,
--------------------------	---	--

	Fortalezas	Debilidades
Oportunidades	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 oportuna diseñando campañas específicas.	Establecer estrategias interinstitucionales entre todas las instancias de salud de BC para compartir información y capacitar al personal de salud de mandos medios y operativo.
Amenazas	Incorporar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva orientados a población abierta y a grupos focalizados que acuden solicitando servicios médicos ya que son público cautivo, con énfasis en las mujeres embarazadas y establecer grupos focalizados de atención.	Implementar programas de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género contribuye al bienestar de las mujeres que se encuentran en situación de gran vulnerabilidad social.

CAPÍTULO III PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

Se requiere aumentar los presupuestos para estos programas y dedicar una parte sustancial a la capacitación del personal operativo. La falta de claridad en la etiquetación de los

recursos por programa, o que estos cambien de nombre dificulta también el análisis presupuestal. Su seguimiento permitiría identificar las fases más descuidadas del programa, especialmente en materia de transparencia y rendición de cuentas. Por lo que se sugiere una evaluación continua en etapas de los ejercicios presupuestales.

Casi la mitad 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.

Todavía no hay una cultura estable o sólida de la denuncia en México, esta produce temor a posibles represalias, por lo que 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. Proponemos incluir el tema en los programas de educación básica, y media superior, como parte de los asignaturas de “Civismo” o “Cultura de la Legalidad”. Recomendamos crear nuevos mecanismos de rendición de cuentas, con el fin estratégico de dinamizar y alimentar el programa, Mejorar los indicadores de transparencia y rendimiento de cuentas; Hacer pública la información resultado de los indicadores en la pagina web de la institución; Transparentar los presupuestos y los avances trimestrales en el ejercicio de los mismos; Formar un comité ciudadano de contraloría social con una convocatoria amplia y pública conformado por integrantes especializados de la academia, investigadoras, organizaciones de la sociedad civil, médicos-as particulares e integrantes de los colegios de médicos-as en el estado y facultar a este comité como receptor de la información de manera “simbólica”.

No se ha logrado incorporar la perspectiva de género aun en la aplicación de los programas de salud reproductiva en ISESALUD en Baja California, la misma encargada de aplicarlo tiene serias deficiencias en el entendimiento del concepto, por lo que se recomienda un inmediata capacitación.

Sobre la metodología del Observatorio proporcionada por la UORCS de la SFP recomendamos: LA ENCUESTA: Llama la atención que el instrumento proporcionado para la encuesta, solo se puede aplicar a MUJERES, como si el tema de la salud reproductiva solo fuera responsabilidad de éstas, por lo que no se aplicó ninguna encuesta a varones, quedando este espectro de la investigación sin resultados. Este es un error muy común en estudios de género, seguir considerando género como sinónimo de mujeres.

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 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 la única instancia para incorporar la perspectiva de género en el sector salud le corresponde al Centro Nacional de EGSR y éste no cuenta con los recursos suficientes para una implementación de manera seria y sistemática, como política nacional, el tema seguirá apreciándose en México como un asunto que corresponde solo a las mujeres y no se atenderá con la prioridad que requiere, además México incumple con su compromiso internacionales firmado con relación a atender el tema de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de género. Al no dedicarse el suficiente presupuesto a los programas de salud reproductiva se determina el poco compromiso y nivel de voluntad política de los tomadores de decisiones hacia el programa. En B.C. al igual que a nivel nacional no hay interés político de tomadores de decisiones de apoyar el desarrollo de los programas de salud exual reproductiva, esto se aprecia con la asignación de solo el 0.30% del presupuesto global. Como parte de la visión de género se tiene que tener un nuevo trato a la ciudadanía en salud sexual y reproductiva que incluya y responsabilice a los varones sobre la reproducción y no solo a las mujeres y se atiendan grupos focales. Se requieren más mujeres médicas en sector ya que las beneficiarias en su mayoría prefieren atenderse con una mujer. No hay programas de prevención a nivel local, como campañas en medios o en la ciudad en general, por lo que recomendamos establecer convenios y acuerdos interinstitucionales para capacitación y estrategias de difusión en Igualdad de Género en Salud, primero al interior de las instituciones y luego al exterior. La capacitación sistemática y con un programa delineado con objetivos de manera continua es indispensable para el personal de salud. Por ultimo es importante destacar que a las mujeres no se les ofrece la opción de utilizar el condón como método de protección contra enfermedades ITS y ETS a pesar de estar probado que es un método efectivo, no hay protocolos para la atención de aborto y no se aplican sistemáticamente exámenes de detección oportuna de cáncer. Se requiere invertir en programas de prevención que a largo plazo son redituables económica y socialmente.

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 l 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 Fragoso 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. **I 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.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2007/temas/tomos/50/r50_qyr_afpefe.pdf
- 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://pnd.presidencia.gob.mx/>

- <http://www.saludbc.gob.mx/>
- www.salud.gob.mx/
- <http://www.mujierysalud.gob.mx/contenido/cnegsr.html>
- www.generoysaludreproductiva.gob.mx/
- <http://www.diputados.gob.mx/documentos/CEAMEG/REPORTE%20FINAL%20DE%20SALUD.pdf>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Grupo_focal
- <http://zip.rincondelvago.com/00040851>
- <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml> milenio OBJETIVO 5:
MEJORAR LA SALUD MATERNA
- www.equidad.org.mx.